الإعاقة العقلية

النظرية والممارسة

Mental Retardation

الدكتور

مصطفى نوري القمش

أستاذ التربية الخاصة المشارك

جامعة البلقاء التطبيقية

عميد كلية الأميرة رحمة الجامعية السابق



بسم الله الرحمن الرحيم



الإعاقة العقلية

النظرية والممارسة

Mental Retardation

رقــــــم التصــــنيف : 5 336

المؤلف ومن هو في حكمه : مصطفى نوري القمش

عنــــــوان الكــــــتاب : الإعاقة العقلية النظرية والممارسة

رقــــــم الإيــــــداع : 2010/6/2094

الـــواصــــفــــات : الإعاقة العقلية / الأمراض العقلية / رعاية المعوقين

بيـــانـــات النـــاشـــر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية



دار المسيرة

للنشر والتوزيع والطباعة

عنوان الدار

الرئيسي : عمان - العبدلي - مقابل البنك العربي هاتف : 5627049 6 962+ فاكس : 5627059 6 962+

الفرع : عمان - ساحة المسجد الحسيني - سوق البتراء هاتف : 4640950 6 962+ فاكس : 4617640 6 962+

صندوق بريد 7218 عمان - 11118 الأردن

E-mail: info@massira.jo Website: www.massira.jo

الإعاقة العقلية

النظرية والممارسة

Mental Retardation

الدكتور

مصطفى نوري القمش

استاذ التربية الخاصة المشارك
جامعة البلقاء التطبيقية
عميد كلية الأميرة رحمة الجامعية السابق



إهداء

إلى من جعلا الشوك وردا وحولا الملح شهدا ......

أُمي وابي حفظهما الله

إلى من وقفت الكلمات حائرة أمام وصف حبي واحترامي لها ....

زوجتي

إلى تلك النجوم التي تسطع في سمائي كل ليلة...

ابنائي ...تالا وزيد ويارا ومحمد وسيف الدين

الى شموع حياتي ... اخوتي جميعاً

إلى كل من تمنى لي الخير ... أهدي جهدي المتواضع هذا



الفهرس

الفصل الأول

مفاهيم وقضايا أساسية في الإعاقة العقلية

الفصل الثاني

الوقاية من الإعاقة العقلية والتدخل المبكّر

الفصل الثالث

الأسرة والإعاقة العقلية

الفصل الرابع

البرامج التربوية وأساليب التدريس الفعالة

والمعلم الفعال للمعوقين عقلياً

الفصل الخامس

التأهيل المهني للمعوقين عقلياً

الفصل السادس

تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

الفصل السابع

الوسائل التعليمية للطلبة المعوقين عقلياً



MOHAMED KHATAB

المقدمة

لاشك أن ولادة طفل معوق عقلياً يُحدث غالباً ردود أفعال انفعالية مختلفة، وتتباين تلك الردود الانفعالية تبعاً لشدة الإعاقة ومدى استمراريتها مع الطفل مما قد يعيق من قدرة الأسرة على رعاية الطفل المعوق والعناية به. ومن هنا تأتي أهمية الدور الذي ينبغي أن يلعبه كل من المهتمين بهذه الفئة من دولة ومجتمع مدني وباحثين حيث يقع على كواهلهم تقديم الخدمات للأفراد ذوي الإعاقة العقلية، مما يؤدي إلى مساعدة الوالدين والأسرة والمجتمع على التكيف مع تلك الأزمة وتقبلها والتعامل معها بعقلانية وواقعية. وتجدر الإشارة إلى أن نظرة المجتمعات تجاه الأفراد المعوقين عقلياً قد تغيّرت كثيراً عما سبق نتيجةً لزيادة الوعي بحقوق هؤلاء الأفراد وواجب الحكومات والمجتمع نحوهم، فأصبح التعامل معهم يقوم على أساس أنهم أعضاء في مجتمع يحتاج إليهم ويحتاجون إليه. لذا يؤكد المؤلف أن الأفراد المعوقين عقلياً طاقة بناءة يمكن توجيهها والاستفادة من قدراتها في تنمية المجتمع العربي، إذا ما تم تعليمهم وتوجيههم من خلال برامج وإستراتيجيات تربوية وعلاجية مخططة وقابلة للتطبيق. من هنا جاءت أهمية الكتاب الحالي حيث جاء ليربط ما بين النظرية والتطبيق في كل ما يخص الإعاقة العقلية. فهو يغطي بوحداته السبع جميع المفاهيم والقضايا ذات العلاقة بالمعوقين عقلياً. وتحديداً جاءت فصول هذا الكتاب على النحو التالي:

الفصل الأول: يتناول المفاهيم والقضايا الأساسية في الإعاقة العقلية من حيث أهمية دراستها ونبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة العقلية وتعريفها ومدى انتشارها وأسبابها وتصنيفاتها وخصائص المعوقين عقلياً المختلفة وكيفية قياس وتشخيص الإعاقة العقلية.

الفصل الثاني: يناقش قضية الوقاية من الإعاقة العقلية والتدخل المبكر من حيث التعريف، والمبررات، وأشكال التدخل المبكر، والفئات المستهدفة منه، وطرق



ومستويات الوقاية من الإعاقة. والبرامج التي تساهم في الحد من انتشار نسبة الإعاقة العقلية، وعمل الفريق متعدد التخصصات وأخيراً أهداف برامج التدخل المبكر لأسر الأطفال المعوقين عقلياً.

الفصل الثالث: يتناول الأسرة والإعاقة العقلية من حيث اتجاهات الأسرة نحو ولادة طفل معوق عقلياً، والضغط النفسي لدى أسر المعوقين عقلياً، وإرشاد أسرهم، والمشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقون عقلياً داخل الأسرة، كما تناول الفصل العديد من الدراسات ذات العلاقة باتجاهات الأسرة نحو الإعاقة العقلية والضغوط النفسية لأسر المعوقين عقلياً والمشكلات التي يظهرونها.

الفصل الرابع: يستعرض البرامج التربوية وأساليب التدريس الفعّالة والمعلم الفعّال للمعوقين عقلياً، وتحديداً يوضح نماذج للبرامج التربوية الفردية للأطفال المعوقين عقلياً والأبعاد الرئيسية للتدريس الفعال وخصائص معلم المعوقين عقلياً الفعال وأساليب التدريس الفعالة لهم، كما احتوى الفصل على دراسات تناولت الأساليب التدريسية الفعالة في تدريس الأطفال المعوقين عقلياً.

الفصل الخامس: يبحث في التأهيل المهني للمعوقين عقلياً، من حيث مفهوم التأهيل والتطور التاريخي للخدمات التأهيلية والعوامل التي ساهمت في تطورها، وفلسفة التأهيل وأهدافه ومبرراته والاحتياجات الواجب مراعاتها عند تأهيل المعوقين والمبادئ الخاصة لتأهيلهم وأخيراً خدمات التأهيل المهني المختلفة.

الفصل السادس: يتطرق إلى الحديث عن تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة من حيث المفهوم والأهمية والمبررات وكذلك أهداف تنمية معلم التربية الخاصة أثناء الخدمة، والأسس التي يقوم عليها تدريس معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة ويحتوي برامج التدريب وأساليب التدريب المتبعة وتقويم برامج التدريب، كما يتناول الفصل دراسات ذات علاقة بموضوع الاحتياجات التدريبية اللازمة لمعلمي الأطفال المعوقين عقلياً.

الفصل السابع: يناقش قضية الوسائل التعليمية للطلبة المعوقين عقلياً من حيث ماهية الوسيلة التعليمية وتاريخ استخدامها وأهمية استخدامها في عملية التعليم

والتعلم للطلبة المعوقين عقلياً وصفات الوسيلة التعليمية الجيدة للمعوقين عقلياً ومعايير اختيارها وتطبيقات الحاسب في التربية الخاصة وفوائد التعليم الإلكتروني المدعم بالكمبيوتر للطلبة المعوقين عقلياً.

وأخيراً آمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً من الناحيتين النظرية والتطبيقية لكل من المهتمين والعاملين في مجال رعاية وتربية الأطفال المعوقين عقلياً، راجياً من الله تعالى العلي القدير أن أكون قد وفقت في عرض هذا الإنتاج العلمي عرضاً واضحاً جلياً، والله المستعان.

المؤلف




MOHAMED KHATAB

الفصل الأول

مفاهيم وقضايا أساسية في الإعاقة العقلية



مفاهيم وقضايا أساسية في الإعاقة العقلية

مقدّمة

لم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار، بل أصبح ينظر إلى المعاقين عقلياً على أنهم أفراد يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم؛ وذلك حتى يتسنى لهم القدرة على التكيف مع مطالب الحياة وشق طرقهم فيها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم. ولعلّ ما يؤكد هذه النظرة التفاؤلية جملة المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها مواثيق حقوق الإنسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان في أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته.

أهمية دراسة الإعاقة العقلية

بالإضافة إلى أن الإعاقة العقلية هي فئة رئيسية من فئات التربية الخاصة إلا أن لهذه الفئة أهمية خاصة ويعود ذلك إلى أسس مستمدة من ثلاثة عوامل رئيسية هي:

1. أن نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع هي أعلى من نسبة أي فئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة من المعوقين، حيث تبلغ نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ما بين 2-3٪، وهذا يعني ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من أبناء المجتمع الأقل حظاً والتي تشكل فئة غير قليلة في المجتمع.
2. إن الأشخاص المعوقين عقلياً غير قادرين في معظم الأحيان على إيصال أصواتهم أو التعبير عن مطالبهم بالشكل المناسب للمشرّع أو لصانع القرار بسبب إعاقتهم الذهنية، فهم دائماً، وبعكس الفئات الأخرى من ذوي الحاجات الخاصة، بحاجة

إلى من يتفهم حاجاتهم ومطالبهم ليعبر عنها ويوصلها إلى المسؤولين والتربويين ذوي العلاقة.

3. إن فئة الإعاقة العقلية من أكثر فئات ذوي الحاجات الخاصة التي تعرضت لسوء الفهم والاضطهاد عبر التاريخ البشري. لذا، كان لا بد من إعطاء هذه الفئة الاهتمام الكبير من أجل تدريبها وتعليمها وتأهيلها لتصبح عامل إنتاج في المجتمع بدلاً من أن تكون عالة عليه.

نبذة تاريخية لظاهرة الإعاقة العقلية

تشير مختلف المصادر إلى أن استجابة المجتمعات الإنسانية لظاهرة الإعاقة العقلية وموقفها من المعوقين عقلياً مرّت بأربع مراحل أساسية هي:

1. **مرحلة الإبادة**: حيث كانت المجتمعات الإنسانية في العصور القديمة تتخلص من الأطفال المعوقين والضعفاء، وأبرز الأمثلة على ذلك ما ورد في جمهورية أفلاطون التي كانت تقوم على ارستقراطية العقل. فلقد نادى أفلاطون بضرورة إخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا، وكذلك كانت تفعل إسبارطة والإمبراطورية الرومانية.

2. **مرحلة الإهمال**: في هذه المرحلة خفت حدة سلبية ردود الفعل إزاء المعوقين عقلياً، ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل أو حتى الموت، بل كانوا يتركون في المجتمع، مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا. (القريوتي وآخرون، 1995).

3. **مرحلة الرعاية الأساسية**: ويمكن القول أن هذه المرحلة بدأت وتأصلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية تنادي برعاية الضعفاء، والمرضى، والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظاً في المجتمع. واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقلياً وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء. وشهدت هذه المرحلة إيجاد دور الإيواء للمعوقين عقلياً في أقبية الكنائس والمارستانات، وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليمهم حيث كانوا يودعون في السجون إلى جانب المجرمين، للظن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع. وفي أحيان كثيرة كانوا

يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى المقلين (Kirk and Gallagher, 1983).

4. **مرحلة التربية والتأهيل:** يمكن القول إن هذه المرحلة بدأت مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر. واتسمت ببدء المحاولات لتدريب المعوقين عقلياً وتأهيلهم. وتشكل جهود الطبيب الفرنسي إيتارد (Itard) البداية الحقيقية لهذه المرحلة. كان إيتارد طبيباً لامعاً يعمل في مركز للصم. وفي عام (1798) عثر ثلاثة صيادين على طفل متوحش في إحدى الغابات، وسمي ذلك الطفل فيكتور أو الطفل افيرون نسبة إلى اسم الغابة التي وجد فيها. كان فيكتور متوحشاً بكل معنى الكلمة، لا يتقن أياً من جوانب السلوك الإنساني المتحضر بما في ذلك اللغة. اعتقد إيتارد أن بإمكانه تدريب الطفل وجعله كائناً اجتماعياً. وعلى الرغم من أن إيتارد لم يحقق كل أهدافه إلا أنه استطاع خلال (5) سنوات من تدريب فيكتور وتعليمه نطق وكتابة وقراءة بعض الكلمات، إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء. ثم قام سيجان (Segiun) وهو أحد تلامذة إيتارد سنة (1837م) بافتتاح مؤسسة لرعاية المعوقين عقلياً في باريس. وفي عام (1848م) هاجر إلى الولايات المتحدة حيث افتتح سنة (1854م) أول مؤسسة داخلية للمعوقين عقلياً.

ولم تقل جهود الإيطالية ماريا منتسوري (Maria Montessori) أهمية عن جهود سيجان، حيث أنشأت في العام (1897م) مدرسة لتعليم المعوقين عقلياً، وبدأت برنامجاً لتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال. وطورت منتسوري نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعوقين وغير المعوقين تقوم على استثارة وتدريب الحواس. (سالم وآخرون، 1987).

وفي العام (1896م) ونتيجة لجهود سيجان وغيره، والتواصل مع عدد من الرواد الأوروبيين افتتح في الولايات المتحدة أول صف خاص للمعوقين عقلياً في مدرسة عادية والذي شكل انطلاقة لتجربة جديدة في مجال تعليم المعوقين عقلياً بدرجة بسيطة. وفي العشرينات من القرن الماضي انتشرت المدارس الخاصة والمعاهد الداخلية للمعوقين عقلياً في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الغربية (عبد الرحيم، 1988م).

وبعد الحرب العالمية الثانية ازداد الاهتمام بالموقين بوجه عام نتيجة لجهود رعاية معوقي الحرب والجنود المصابين المسرحين من الخدمة، مما انعكس إيجابياً على فرص التدريب المهني للمعوقين عقلياً إذ كانت المحاولات الجدية في هذا المجال في أوائل الخمسينات. وفي الستينات وإبان حكم الرئيس كندي، حظيت خدمات المعوقين عقلياً باهتمام كبير في الولايات المتحدة، ومن الجدير بالذكر أن شقيقة كندي كانت معوقة عقلياً. وتزامن هذا الاهتمام مع ظهور حركة جديدة في أوروبا الغربية خاصة في الدول الإسكندنافية تطالب بإعادة النظر في السياسات المتبعة في خدمات المعوقين، ورفض النمط المؤسسي القائم على الرعاية في مراكز داخلية منعزلة عن المجتمع، وخلال العقود الأربعة الماضية ازداد الوعي بمشكلة الإعاقة من خلال الإعلان العالمي لحقوق المعوقين عقلياً والذي تبنته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1971م.

تعريف الإعاقة العقلية

تقع ظاهرة الإعاقة العقلية ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة. ولهذا فقد حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية منها، ونستنتج مما سبق أنه من الصعوبة بمكان الوصول إلى تعريف للإعاقة العقلية يتصف بالدقة العلمية والمهنية ذات التخصصات المختلفة، وقد يكون من المناسب استعراض أبرز التعريفات المهنية للإعاقة العقلية وصولاً إلى التعريف الذي نعتبره أكثر قبولاً من سواه.

تعريف دول (Doll's Definition)

لقد وضع إدجار (دول) تعريفاً للإعاقة العقلية عام 1941، وقد حظي هذا التعريف بقبول الأوساط ذات العلاقة بالإعاقة العقلية ولسنوات طويلة. ويركز تعريف دول على أن المعوق عقلياً يتصف بالخصائص التالية:

1. عدم النضج الاجتماعي: ويرجع ذلك إلى نقص في القدرة العقلية.
2. توقف النمو العقلي: ويتضح ذلك عند البلوغ.
3. له أصل بنيوي (حيوي): وهو بالضرورة غير قابل للشفاء.

إن ما يميز تعريف (دول) الربط بين النضج الاجتماعي وبين النقص العقلي غير أن هذه الفرضية قد تغيرت إذ أصبح من الممكن تدريب المعوقين عقلياً على المهارات الاجتماعية. كما أن دول اعتبر أن التخلف العقلي غير قابل للشفاء، وكان من بين الانتقادات التي وجهت إلى دول من قبل العاملين مع المعاقين عقلياً أن درجات الذكاء أو نسب الذكاء يمكن أن تتحسن عند بعضهم نتيجة للتدريب والتعليم وبالتالي ومع مرور الزمن يزداد مستوى القدرة العقلية لدى المعوقين عقلياً وبخاصة الأفراد الذين ينتمون إلى فئة الحالات البسيطة والمتوسطة، ونتيجة لهذه الانتقادات المهمة لتعريف دول ظهرت تعريفات أكثر شمولية ومصداقية منها تعريف هيبر ثم تعريف جروسمان.

تعريف هيبر (Heber's Definition)

أما هيبر (Heber, 1961) فقدم في عام 1961م تعريفاً للإعاقة العقلية حظي بقبول الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي آنذاك (American Association of Mental Deficiency). وينص التعريف على أن ((التخلف العقلي يشير إلى انخفاض عام في الأداء العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحباً بقصور في السلوك الكيفي)). وكما هو واضح من هذا التعريف فإنه يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمحك أساسي للتخلف العقلي، وهذا ما لا يتفق مع أنصار المدرسة السلوكية في علم النفس أو بعض علماء الاجتماع أمثال ميرسر. فالمدرسة السلوكية تؤكد على السلوك القابل للملاحظة والقياس وتحاول دراسة علاقته بالعوامل التي تسبق حدوثه أو التي تليه. لذلك فإنها تعتبر الذكاء مفهوماً نظرياً لا يمكن الدفاع عنه، علاوة على أن جدواه العملية قليلة، لذلك نجد بيجو (Bijou) أحد أقطاب هذه المدرسة يقول بأن الفرد المتخلف عقلياً هو ((الذي يعاني من محدودية في الخبرة السلوكية التي تشكلت نتيجة للأحداث التي تؤلف تاريخه)) (Heward & Orlansky, 1988).

تعريف جروسمان (Grossman)

لقد جاء تعريف جروسمان للتخلف العقلي بوصفة تعديلاً للتعريف الذي وضعه هيبر عام 1961، وينص تعريف جروسمان الذي وضعه عام 1973م على أن التخلف العقلي ((الانحراف الشديد أو الإعاقة للوظيفة العقلية مع وجود أو مرافقة

عدم تكيف أو انحراف في السلوك التكيفي للفرد، ويظهر هذا خلال مراحل نمو الفرد وتطوره)).

ويشير هذا التعريف بوضوح إلى أربعة نقاط مهمة، هي:

1. وجود الإعاقة أو الانحراف في الوظيفة العقلية.
2. تكون الإعاقة العقلية شديدة واضحة.
3. تنطوي الإعاقة العقلية على انحراف أو عدم تكيف في السلوك الاجتماعي.
4. تظهر هذه الانحرافات خلال مرحلة النمو ومن ثم تستمر.

وبشكل عام فإن التعريفات السابقة ساهمت بشكل أو بآخر في إثراء البحث العلمي وزيادة إمكانية تحديد مفهوم التخلف العقلي وطبيعته. إضافة إلى ذلك فإنها رغم تنوعه ساعدت في التوصل إلى التعريف الذي تبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذي يعتبر أكثر التعريفات قبولاً وشيوعاً بين مختلف الدارسين والعاملين في هذا المجال. وينص تعريف الجمعية الأمريكية والذي اقترحه جروسمان (Grossman, 1983) على أن ((التخلف العقلي يشير إلى حالة من الانخفاض الدال (الواضح) في الوظائف العقلية العامة تظهر أثناء فترة النمو وينتج عنها أو يصاحبها قصور في السلوك التكيفي)). ويتميز هذا التعريف عن سواه بأنه يتضمن ثلاثة محكات أساسية يجب توفرها معاً قبل الحكم على فرد ما بأنه متخلف عقلياً. وهذه المحكات هي:

1. انخفاض دال في الوظائف العقلية العامة، والانخفاض المقصود هو مقدار انحرافين معياريين عن المتوسط. فإذا كان مقياس وكسلر هو اختبار الذكاء المستخدم في القياس فإن هذا يعني أن درجة الذكاء تقل عن (70) أما إذا كان مقياس بينيه هو الاختبار المستخدم فإن الدرجة يجب أن تقل عن (68)[1].
2. قصور في السلوك التكيفي ويشير مفهوم السلوك التكيفي إلى درجة كفاية الفرد في الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه وفئته الاجتماعية، سواء

---

(1) المتوسط لكل من مقياس وكسلر وبينيه (100)، أما الانحراف المعياري الواحد فيقابل (15) درجة في مقياس وكسلر، (16) درجة في مقياس بينيه.

فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية. فعلى سبيل المثال يتوقع من الفرد في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة أن يحقق نمواً في المهارات الحسية والحركية والمهارات اللغوية والعناية بالذات والسلوك الاجتماعي، بينما يتوقع منه في مرحلة الرشد إضافة إلى كل المهمات في المراحل العمرية السابقة والتالية لمرحلة الطفولة المبكرة أن يتحمل مسؤوليته الاجتماعية والقيام بأدواره المتوقعة، خاصة في مجال الحصول على مهنة تحقق له الاستقلال الاقتصادي، وبناء أسرة والسلوك المنسجم مع القيم والأعراف الاجتماعية المرعية.

3. ظهور كل من الانخفاض في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشرة. وعليه فإن حالات القصور في الوظائف العقلية والتي قد تصاحب عجز في السلوك التكيفي والتي قد تحدث في مراحل العمر اللاحقة نتيجة عوامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالات تخلف عقلي. فمثل تلك الحالات يشار إليها بالاضطراب أو الأمراض العقلية. (Macmillan, 1982, P: 46) (القريوتي وآخرون، 1995).

وفي عام 1992م صدر تعريف حديث عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والذي ينص على أن الإعاقة العقلية هي: حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد، وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح يوجد متلازماً مع جوانب قصور ذات صلة في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية، وقت الفراغ ومهارات العمل. وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن الثامنة عشرة. (Greenspan, 1999, p. 6).

واقع الإعاقة العقلية ومدى انتشارها

لقد أجريت دراسات كثيرة وفي بلدان مختلفة لمعرفة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع، وقد تفاوتت نتائج تلك الدراسات نتيجة لعدة عوامل، منها: عامل التصنيف وعامل الهدف من الدراسة أو المسح وعامل خصائص العينة كالعمر والجنس وغير ذلك. ولكن غالبية المتخصصين والعاملين في مجال المعوقين عقلياً وكذلك المؤسسات

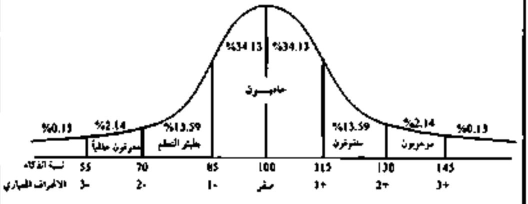
الدولية والإقليمية تتفق على أن نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع هي حوالي 2.5٪ أما نسبة الاختلاف بين نتائج الدارسات المسحية لمعرفة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع فتعود إلى العوامل المذكورة سابقاً.

إن أفضل طريقة لمعرفة عدد المعوقين بشكل عام في المجتمع وعدد المعوقين عقلياً بشكل خاص في أي مجتمع هو القيام بزيارة كل أسرة في المجتمع وبحسب قوانين الإحصاء السكاني الحديث والتعرف على وجود المعوق من قبل المتخصصين، ولكن وبطبيعة الحال فمن الصعب والصعب جداً تحقيق مثل هذه الأهداف لأسباب كثيرة منها الكلفة الاقتصادية جداً لمثل هذه الدارسة، والجهد والوقت المستغرق في مثل هذه الحالة، فإن معظم الدراسات تلجأ إلى الاكتفاء بأخذ عينة أو عينات من المجتمع وتقوم بدراستها ومن ثم تعمم النتائج على باقي المجتمع، وعليه فإن الدقة في اختيار العينة، ومدى صحة تمثيلها للمجتمع السكاني بكامله، ومدى توافقها والقوانين الإحصائية، وكيفية جمع المعلومات، ووسيلة جمع المعلومات المطلوبة، وتدريب القائمين على جمع المعلومات بالشكل الملائم، وأسلوب تحليل المعلومات واستخلاص النتائج بالإضافة إلى أخطاء القياس المعروفة لدى العاملين في مجال الإحصاء والقياس، كل هذه العوامل تؤثر بشكل واضح على دقة النتائج والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار دائماً عند تعميم النتائج لأية دراسة حول أعداد المعوقين أو نسبتهم في المجتمع. وكذلك يجب أن نراعي الفئة العمرية هدف البحث فهل الدراسة تركز على فئة حديثي الولادة أم أطفال ما قبل المدرسة أم المرحلة المدرسية، أم مرحلة الإعداد والتأهيل المهني أم كبار السن من المعوقين، وكذلك يجب أن نراعي عامل الجنس خلال الدراسات، فعلى سبيل المثال فإن نسبة الإناث إلى الذكور لا تتعدى 1: 4 في معظم مراكز المعوقين عقلياً في الأردن وأقل من ذلك في مراكز المعوقين عقلياً في بعض الدول العربية وهذا يعود بطبيعة الحال إلى عدة عوامل لسنا بصدد دراستها هنا ولكن من أهمها العامل الاجتماعي والثقافي.

وبرغم تباين الآراء والعوامل التي تؤثر على نتائج الدراسات المسحية للمعوقين بشكل عام وللمعوقين عقلياً بشكل خاص، فإن الاتجاهات العامة للباحثين في هذا المجال والمؤسسات الدولية ذات العلاقة تجمع بأن نسبة المعوقين في أي مجتمع تقريباً ما

بين 7٪- 10٪، والمقصود هنا بالمعوقين أي جميع أنواع الإعاقات والتي تشمل المعوقين عقلياً والمصابين جسدياً وحركياً والمعوقين حسياً أي المكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي والاضطرابات الانفعالية الشديدة، أما نسبة الإعاقة العقلية لوحدها فكما ذكرنا سابقاً تتراوح ما بين 2٪-3٪ في المجتمع. (سالم، 1994م، ص: 136-138). (keigher, 2000)

ويوضح الشكل رقم (1-1) توزيع الذكاء بحسب اختباري ذكاء ستانفورد بينيه ووكسلر على المنحنى الاعتدالي (منحنى التوزيع الطبيعي) وفيه يتضح نسب انتشار الإعاقة العقلية وتظهر في يسار المنحنى، مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا توزيع إحصائي نظري.



شكل رقم (1-1): منحنى التوزيع الطبيعي / منحنى غوس

العوامل التي تساهم في زيادة أو نقصان نسبة انتشار الإعاقة العقلية

قد تزيد نسبة انتشار الإعاقة العقلية من مجتمع لآخر وقد تنقص في مجتمعات أخرى تبعاً لعدد من العوامل أهمها:

1. معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فإذا استخدم المعيار الوارد في تعريف هيبر للإعاقة العقلية (أقل من انحراف معياري واحد عن المتوسط) فإنه نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي 15.86٪ في حين إذا استخدم المعيار الوارد في

تعريف جروسمان للإعاقة العقلية في أقل من انحرافين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع 2.27٪. (صادق، 1982).

2. معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هيبر للإعاقة العقلية، فإن سقف العمر النمائي لدى هيبر سن 16سنة، في حين أنه لدى جروسمان هو 18 سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18سنة، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب يساوي تقريباً حوالي 50٪ من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني انخفاض نسبة الإعاقة العقلية من 2.27٪ إلى حوالي 1.5٪ تقريباً من مجموع السكان في مجتمع ما. (Macmillan, 1982, P:68)

3. معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فعندما يصبح معيار السلوك التكيفي شرطاً أساسياً لتحديد وجود الإعاقة فإنه من المتوقع تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من 2.27٪ إلى 1٪.

4. العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع والعكس صحيح. (الروسان، 2001).

أسباب الإعاقة العقلية

لقد أكدت العديد من الدراسات أن معظم حالات الإعاقة العقلية تتمثل في الإعاقة البسيطة، حيث أشار باتون وآخرون أن نسبة المصابين بالإعاقة العقلية البسيطة تتراوح ما بين 70–80٪ من مجموع الأفراد المصابين بالإعاقة العقلية بوجه عام. كما أكدت هذه الدراسات أن معظم الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإصابة بالإعاقة العقلية البسيطة غير واضحة أو معروفة تماماً، إذ ترجع في مجملها إلى العوامل الوراثية. وتصنف هذه الدراسات أن حوالي 15٪ من حالات الإصابة بالإعاقة

العقلية المتوسطة والشديدة والعميقة أو الحادة، ناتجة عن أسباب بيولوجية وطبية معروفة متمثلة في إصابة المخ. (Patton, 1986, P:20).

وفي ضوء ما سبق، ظهرت الكثير من التصنيفات التي تناولت مسببات الإعاقة العقلية، ومنها على سبيل المثال التصنيف الذي قسم مسببات هذه الإعاقة حسب زمن تأثرها أو ظهورها إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:

1. عوامل ما قبل الولادة (Preinatal Causes): وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل ولادته وخلال أشهر الحمل.
2. عوامل أثناء الولادة (Preinatal Causes): وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الميلاد وتؤدي إلى إعاقة.
3. عوامل ما بعد الولادة (Pastnatal Causes): وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة وتؤدي إلى إعاقته.
4. وهناك مجموعة أخرى يمكن أن نسميها عوامل غير محددة، تشير إليها الدراسات على أنها قد تكون مسؤولة عن تلك الحالات من الإعاقة العقلية البسيطة غير معروفة الأسباب، وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية حيث تصل إلى حوالي 75٪. (Macmillan, 1982).

أولاً: عوامل ما قبل الولادة (Prenatal Cases)

ونركز هنا على العوامل التي نعتقد أنها تسبب الإعاقة العقلية وتحصل قبل عملية ولادة الطفل أي تحصل خلال مرحلة الحمل، وقد تكون هذه الأسباب وراثية أو قد تكون أسباب بيئية أو كليهما معاً، وهذا لن يكون مدار بحثنا كما اتفقنا سابقاً. ومن أسباب الإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة ما يلي:

1. حالة المنغولية Down`s Syndrome ما هي حالة المنغولية أو المنغولزم؟ لقد اكتشف الطبيب داون (Down) عام 1866م هذه الحالة، أما تسمية المنغولية أو المنغولزم إلى أن المعوق عقلياً من هذا النوع يتصف بصفات جسمية متشابهة إلى حد ما بأهالي بلاد المنغول مُنغولياً من مثل كبر حجم الرأس وقصر القامة وضيق فتحات العينين وغير ذلك. لذلك فقد أطلق على هذه الحالة في البداية المنغولية،

ولكن تعرف حالياً وعلى النطاق الدولي بحالة داون نسبة إلى الطبيب المكتشف لهذه الحالة، ومن الملاحظ أن معظم حالات داون هذه تتصف بخصائص جسمية وفسيولوجية (تشريحية) متشابهة بدرجة كبيرة، كما وأننا نلاحظ أنّ بوصفنا متخصصين في هذا المجال بأن المستوى العقلي لهذه الفئة يقع أغلب الأحيان في المستوى المتوسط (Moderate) وأحياناً يقع في المستوى أو الدرجة الشديدة (Severe) حيث تقدر نسبة المنغولين من المعوقين عقلياً بحوالي 10٪ من مجموع المعوقين عقلياً ككل، أي أنه من بين عشرة حالات إعاقة عقلية نجد حالة واحدة منغولية، كما وتقدر نسبة المنغوليين بين المواليد الجدد بحوالي 1 من 600 أي من بين 600 مولود جديد تكون هناك حالة واحدة تقريباً منغولية. ويجب أن لا ننسى بأن بعض حالات المنغوليين خفيفة جداً وبالتالي يكون مستواهم العقلي من فئة حالات الإعاقة العقلية البسيطة (Mild) وهذه الفئة إذا توفرت لها الرعاية والتربية الخاصة والتدريب والتأهيل المهني الملائم تتمكن من تحقيق أقصى درجات الاستقلالية بالنسبة للمعوقين عقلياً والاندماج في المجتمع من حيث إيجاد العمل وكذلك تكون قادرة على التكيف الاجتماعي بدرجات جيدة أيضاً، حيث أن بعض الناس قد لا يعتبرون هذه الفئة من المعوقين عقلياً. وتشير الدراسات بأن هذه الفئة من المعوقين عقلياً تزيد نسبة حدوثها عندما يكون عمر الأم عند الإنجاب 35 سنة فاكثر، ويجب أن نلاحظ إننا هنا نتحدث عن نسب وليس عن حقائق مطلقة.

ومن الجدير ذكره أن هذه الحالة تحدث نتيجة اضطراب في الجينات حيث إن الفرد يرث عدداً متساوياً من الصبغات (الكروموسومات Chromosmes) من كل من الوالدين، تساوي (23) كروموسوماً من كل منهما، وبهذا فإن الفرد يرث (46) كروموسوماً تترتب في (23) زوجاً.

يذكر كيرك (KIRK) أن ليجوين ورفاقه استطاعوا عام 1959م أن يكتشفوا أنه في حالة الإعاقة الذهنية المتوسطة، والتي أطلق عليها المنغولية(Mongolism) يكون لدى الفرد كروموسوماً زائداً، وأن هذا الكروموسوم ملتصق مع زوج الكروموسومات (21)، بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثياً (Trisiomy) لا ثنائياً،

وهناك حالات أخرى تسبب نوعاً من المنغولية لا يكون فيها كروموسوماً زائداً، بل يكون لدى الفرد فيها (46) كرموسوماً انقسم أحدها والتصق ذلك الجزء بكروموسوم آخر (Dislocation)، هذا بالإضافة إلى نوع ثالث من المنغولية يطلق عليه اسم (Mosaic Mongolism)، وهذان النوعان الأخيران من المنغولية يشكلان نسبة 4٪-5٪ فقط من حالات المنغولية جميعها.

2. حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن اضطراب التمثيل الغذائي والمعروفة بعملية الهدم والبناء، حيث قد يحدث اضطراب لأحد الأنزيمات مما يؤثر على إفرازه وبالتالي يؤثر على عملية الأيض، وهناك العديد من هذه الاضطرابات البيوكيميائية والتي تسبب الإعاقة العقلية ومن أشهر هذه الحالات ما يعرف بحالة (PKU) وهي اختصار لـ (Phenyl- Keton Uria) أو الفينلكيتون يوريا، وهي تحصل كنتيجة لاضطراب بيوكيميائي بسبب ظهور حامض الفينليروفك في بول المولود وسبب ذلك عدم تأكسد حامض الفينللين لغياب إفرازات الأنزيم الذي يقوم على عملية الأكسدة المطلوبة. والفينيللين عبارة عن حامض أميني يوجد في مصادر الغذاء البروتيني والتي منه الحليب، وحيث أنه لا يهضم ولا يحصل له تمثيل غذائي صحيح، لذلك فإنه يبدأ بالبناء أو التراكم في دم المولود، وعندما تزداد نسبته في الدم يصبح بمثابة عامل تسمم للدماغ ويسبب تلفاً في الخلايا العصبية للدماغ إذا لم يتم علاج ذلك مبكراً. (سالم، 1994، ص: 148).

3. اختلاف العامل الرايزيسي (R.H): يعتبر اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين أحد العوامل الهامة، والمسببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية، ويعرف العامل الرايزيسي على أنه انتجين موجود في الدم ((وسمي كذلك نسبة إلى نوع من القردة توجد في جبل طارق اكتشف فيها هذا العامل)) ويوجد هذا العامل بصفة سائدة لدى 85٪ من البشر، في حين أنه يوجد بصفة سالبة لدى 15٪ من البشر، ويبدو أثر العامل الرايزيسي في حالة واحدة هي اختلاف العامل الرايزيسي بين الأب والأم وبسبب ظهور العامل الرايزيسي بشكل موجب لدى الأب وبشكل سالب لدى الأم، وبسبب سيادة العامل الموجب فسوف يظهر العامل الرايزيسي لدى الجنين موجباً، وفي

هذه الحالة يختلف العامل الرايزيسي للأم عنه لدى الجنين، الأمر الذي يؤدي إلى إطلاق الأم لمضادات حيوية لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث تدمرها، كما تؤدي إلى حالة من تميع الدم (Bilirubin). وحين يصل إلى مستوى تسمم الدم بسبب عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم، فإن ذلك يؤدي إلى تلف أو خلل في الخلايا الدماغية، وقد توصل الطب الحديث اليوم إلى طريقة تفادي مشكلة اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين،وتبدو هذه الطريقة في حقن الأم بإبرة بعد الولادة بـ 72 ساعة، وتحتوي هذه الإبرة على مادة (Gamma Globulin) وتبدو مهمة هذه الإبرة في إيقاف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم، والتي كانت تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين. (إبراهيم، 1993).

4. الحصبة الألمانية: من المعروف أن الحصبة الألمانية (Rubella) هي من أخطر الأمراض على الأم الحامل وبخاصة في المراحل الأولى من الحمل أي في الشهور الثلاثة الأولى من بداية الحمل، حيث تشهد تلك المرحلة بداية تكون الحواس عند الجنين. وعند إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية فإن الميكروب يتمكن من الوصول إلى الجنين وذلك بعد أن يخترق المشيمة المحيطة به ويسبب له إصابات في الحواس السمعية والبصرية والقلب والدماغ. ولذلك، فإن معظم الأطباء عندما يتأكدون من إصابة الأم الحامل وبخاصة في الثلاثة شهور الأولى، فإنهم غالباً ما ينصحون الأم الحامل بالإجهاض؛ فالوقاية هنا تكون أولاً بضرورة تطعيم الفتيات عند بلوغهن سن الزواج حيث إن تأثير المطعوم يدوم لفترة طويلة وثانياً على الأم الحامل أن تبذل قصارى جهدها من أجل أن لا تتعرض للإصابة بالحصبة الألمانية وبخاصة في شهورها الأولى من مرحلة الحمل.

5. الأمراض التناسلية: مثل مرض الزهري؛ ويكون تأثير هذا المرض على الجنين عادة في المراحل المتأخرة إلى التخلف العقلي عند المولود.

6. الحمى الصفراء: وهي من الأمراض المعدية والتي إذا تعرضت لها الأم فقد يؤثر ذلك على الجنين ويؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود.

7. التسمم: قد تحدث حالات تسمم الجنين أثناء وجوده في الرحم أو قد يحدث ذلك بعد الولادة. ومن المعروف أن المواد المخدرة ومنها الكحول والمخدرات بأنواعها والدخان قد تؤثر على الجنين وتسبب له التخلف العقلي، وأحياناً فإن بعض الأدوية التي تتناولها الأم الحامل وبخاصة في الأشهر الأولى من الحمل قد تؤثر على الجنين، خاصة عندما تتناول الأم كميات كبيرة من الأدوية من دون استشارة الطبيب، وكذلك المواد الكيماوية التي تدخل الجسم أو تستخدم في حفظ الطعام، وحديثاً أثبتت الدراسات بأن المواد التي يدخل في تركيبها عنصر الرصاص تعتبر من المواد الخطرة والسامة وقد تؤدي إلى التخلف العقلي.

8. السل: عند إصابة الأم الحامل بمرض السل فإن الجنين قد يتأثر بهذا المرض، وكذلك بعد ولادة الطفل للأم المصابة بالسل حيث يجب إبعاد الطفل عنها فوراً، لأن السل شديد العدوى، ومن الأمراض المعدية أيضاً مرض جدري الماء والحصبة والتكاف التي قد تؤثر على الجنين إذا تعرضت لها الأم الحامل.

9. اضطرابات إفرازات الغدد: مثل الاضطرابات في إفرازات الغدة الدرقية أو البنكرياس عند الأم الحامل تؤثر على الجنين وذلك عن طريق دم الأم بواسطة الحبل السري.

10. فقر الدم لدى الأم الحامل: حيث إن ذلك يؤثر على الجنين وقد يؤدي إلى الإعاقة إذا استمر ذلك الحال عند الأم.

11. انخفاض الأوكسجين: حيث إذا انخفضت نسبة الأوكسجين اللازمة للأم الحامل بسبب إصابتها بمرض القلب أو نوبات الصرع فإن ذلك يسبب تلف في الجهاز العصبي لدى الجنين.

12. فترة الحمل: إن قصر فترة الحمل أو طولها قد يسبب الإعاقة العقلية للطفل، وبسبب أن فترة الحمل قصيرة يكون نمو الجنين غير مكتمل ووزنه قد يقل عن 2.5 كغم في بعض الحالات وضعيف المقاومة. ولذلك، قد تؤدي حالته إلى التخلف العقلي، أما في حالة فترة الحمل الطويلة التي تزيد عن 38 أسبوعاً فقد

يتعرض الطفل أثناء تلك الفترة إلى نقص في التغذية قد يسبب له الإعاقات العقلية.

13. تعرض الأم للأشعة السينية أو الصدمات: عند تعرض الأم الحامل وخصوصاً في مراحل الحمل الأولى للأشعة السينة X-Ray أو تعرضها للصدمات المفاجئة قد يسبب ذلك للطفل الإعاقة العقلية.

14. سوء التغذية: من الأسباب المهمة في حدوث الإعاقة العقلية سوء تغذية الأم الحامل وخصوصاً في شهور الحمل المبكرة، ويندرج تحت سوء التغذية عدم التوازن الغذائي.

15. الإنجاب المبكر: كما ذكرنا سابقاً فإن احتمال ولادة طفل معوق عقلياً تزداد بعد عمر الـ (38) سنة، كذلك فإن الإنجاب المبكر في حال كون الأم في سن دون الثامنة عشرة قد يزيد من نسبة احتمال ولادة أطفال معوقين عقلياً.

16. الولادة المتكررة والإجهاض المتكرر وزواج الأقارب: كلها حالات قد تؤدي إلى زيادة نسبة احتمال ولادة أطفال معوقين عقلياً. (Macmillan, 1982, P: 148-156).

ثانياً: عوامل أثناء الولادة (Perinatal Causes)

ويقصد بهذه المجموعة من أسباب أثناء الولادة، تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات، ومنها:

1. نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia)

قد تؤدي حالات نقص الأوكسجين ((اسفكسيا)) لدى الأجنة أثناء عملية الولادة إلى موت الجنين. أو إصابته بإحدى الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين. كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقصان الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين، كحالات التسمم (Toxenia)، أو انفصال المشيمة (Placental Separation)، أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة (Oxytocin). (سالم، 1987، ص: 92).

2. الصدمات الجسدية (Physical Trauma)

قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة، أو استخدام طريقة الولادة القيصرية (Sezurian)، بسبب وضع رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم، مما يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين، وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.

3. العدوى التي تصيب الطفل (Infections)

إذن تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات وخاصة التهابات السحايا (Meningitis) من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته، أو إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات.

ثالثاً: مجموعة أسباب ما بعد الولادة (Postnatal Factor)

لقد أثبتت الدراسات المختلفة أن الكثير من حالات الإعاقة تحدث في مراحل الطفولة المختلفة، نتيجة لإهمال الأسرة، من إعطاء المطاعيم الواقية من الأمراض، التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة والتي قد تؤدي إلى إعاقته قد يكون السبب فيها إهمال الأسرة الرعاية والعناية اللازمة للطفل، في هذه المرحلة المهمة الحساسة في حياته، مما يتعرض إلى حوادث مختلفة قد تؤدي إلى إعاقات خطيرة وأمراض متعددة: وفيما يلي أهم هذه الأمراض:

أ. الأمراض:

1. الكساح.
2. الحمى القرمزية.
3. اليرقان.
4. الحصبة.
5. الدفتيريا.
6. التهاب سحايا الدماغ الشوكي الوبائي.
7. شلل الأطفال.
8. التكاف.
9. السعال الديكي.
10. الشلل الدماغي.

ب. الحوادث

إن للحوادث التي يتعرض لها الطفل – خلال مراحل الطفولة المختلفة – دوراً هاماً في تعرضه لما، وإصابته بمختلف أنواع الإعاقة التي تترك آثارها البارزة عليه وعلى أسرته، وعلى المجتمع بشكل عام، وأن أكثر هذه الإصابات إنما تحدث نتيجة لإهمال الأسرة – وخاصة الأم – في رعاية الطفل وتوجيهه، وإرشاده إلى كيفية تجنب المواقف التي قد تؤدي إلى إصابته وفي النهاية إلى إعاقته. ومن هذه الحوادث ما يلي:

1. سقوط الطفل على مناطق حساسة من الجسم.
2. إصابات الصعقة الكهربائية.
3. الحروق.
4. الأدوية الخاطئة.
5. حوادث الطرق.
6. استعمال القسوة في عقاب الطفل (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 48-49).

رابعاً: عوامل غير محددة (Undifferentiated Factors)

لقد لاحظ العلماء والباحثون في مجال الإعاقة العقلية في السنوات الأخيرة الدور الكبير الذي تلعبه العوامل الثقافية والاجتماعية في حدوث الإعاقة العقلية بكافة أشكالها، كما أكدوا نتيجة للدراسات التي قاموا بها، أن للمؤثرات البيئية في المحيط الذي ينشأ فيه الطفل نتائج قد تكون سلبية وقد تكون إيجابية وجميعها تنعكس عليه، وقد تشكل مستقبلاً الكثير من ميزاته الجسمية أو العقلية أو الخلقية مما يؤثر على مستقبل حياته بشكل خاص وعلى المجتمع بشكل عام. كما أكد هؤلاء الباحثون من خلال النتائج التي توصلت إليها دراساتهم أن أكثر حالات الإعاقة تنحدر من بيئات متخلفة اجتماعياً وثقافياً، تعاني من تدني المستوى الاقتصادي، وتنتمي إلى الطبقة الفقيرة أو الأسر المفككة التي تعاني من الخلل في العلاقات الزوجية والعائلية وغيرها من العوامل التي قد تتشابك وتتفاعل مع بعضها. (Hallahan & Kauffman, 1991).

تعتبر كل من درجة القصور في الأداء العقلي والسلوك التكيفي، هي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة العقلية عند الأفراد، فهما يشيران إلى الاختلاف الواسع في المهارات والقدرة ضمن فئات الإعاقة العقلية المختلفة، بحيث يمكن القول بأن فئات الإعاقة العقلية المختلفة إنما هي فئات أو مجموعات غير متجانسة، وهذا التعميم يعتمد على آخر ما توصلت إليه البحوث الخاصة بالأفراد، الذين يظهرون قصوراً في الوظائف العقلية والاجتماعية. (Patton, 1986, P.7).

أشارت معظم التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات رئيسية للإعاقة العقلية هي: البسيطة (Mild)، والمتوسطة (Moderate)، والشديدة (Severe)، والعميقة (Profound)، وهذا ما سنختم به عرضنا للتصنيفات.

وعلى الرغم من وجود اختلاف في درجة الأداء العقلي أو السلوك الاجتماعي بين هذه الفئات الأربعة، إلا أنه يجب التأكيد أيضاً على أن هناك فروقات واسعة بين أفراد الفئة الواحدة، تماماً كما هو الحال بالنسبة للأفراد العاديين حيث يتوفر عدد كبير من المتغيرات التي تؤثر على الأفراد نفسياً وجسمياً، وذلك في مستوياتهم المختلفة وعبر مراحل حياتهم المختلفة. ومن هذه المتغيرات وجود إعاقة أخرى حسية أو جسمية أو مشاكل مرتبطة بالصحة العامة، أو المؤثرات الأسرية، أو مدى توفر الخدمات الطبية والتربوية، والاجتماعية (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 50)، ولكي تتضح طبيعة الفروقات بين فئات الإعاقة العقلية، فسوف نعرض مجموعة من التصنيفات:

أولاً، التصنيف القائم على أسباب الإعاقة

وهنا نصنف حالات المعوقين بحسب الأسباب التي أدت إلى الإعاقة، ويميل الأطباء إلى هذا الاتجاه في التصنيف حيث يهدف إلى معرفة الأسباب من أجل المعالجة، فقد ينقسم المعوقين إلى فئات معروفة الأسباب وفئات غير معروفة الأسباب أو قد يصنف المعوقون عقلياً إلى ثلاث فئات، المعوقون الذين تكون أسباب إعاقتهم وراثية، وفئة الأسباب البيئية، وفئة الأسباب المختلطة أي الذين تكون إعاقتهم ناتجة عن

تضافر عوامل بيئية وعوامل وراثية. إن هذا التصنيف لا يعمل به كثيراً وله سلبيات كثيرة، منها: أن الكثير من الأسباب غير المعروفة، ويصعب تحديدها. كذلك، هناك الكثير من الأسباب حيث تكون العوامل الوراثية والبيئية فيها متداخلة. ولذلك، يصعب تصنيفها، كما أن هذا التصنيف لا يفيد كثيراً في مجال تعليم المعوقين عقلياً وتدريبهم وتأهيلهم. ولذلك لا يؤخذ به كثيراً في مجالات التربية الخاصة. (الريحاني، 1985).

ومن بين التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلّة (السبب) ما يلي:

أ. تصنيف تريد جولد Tredgold: صنّف هذا العالم الإعاقة العقلية على أساس الأسباب إلى الفئات التالية:

1. إعاقة عقلية أولى: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.
2. إعاقة عقلية ثانية: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة، كالمرض، الإصابات، والتشوهات التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة.
3. إعاقة عقلية مختلطة: ((وراثي بيئي)): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل او المسببات الوراثية والبيئة معاً.
4. إعاقة عقلية غير محددة الأسباب: وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من الأفراد المعاقين عقلياً، وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة، وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة ادت إلى وجود هذه الإعاقة (يحيى وعبيد، 2005).

ب. تصنيف ستراوس (Strauss): يقسم ستراوس ذوي الإعاقة العقلية إلى فئتين هما:

1. النمط الداخلي (Endogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الوراثية ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كليهما او

احد الأخوة أو بعضهم، ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني.

2. النمط الخارجي (Exogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، فقد تكون الإعاقة ناتجة عن إصابة أحدثت تلفاً في الدماغ قبل أو أثناء الولادة، وتتصف هذه الحالات باضطراب التفكير وعدم الاتزان الانفعالي، كما قد يصاحبها ظهور العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للمصاب.

ثانياً: التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية (Classification Clinical)

يمكن اعتبار هذا التصنيف نوعاً آخر من أنواع التصنيف المعتمدة على مصدر العلة، إلا أن ما يميز هذه الفئات أو الأنماط هو ما تتصف به من تجانس، في مظهرها الجسمي الخارجي من خصائص يطلق عليها الأنماط الإكلينيكية. ويعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية المميزة لكل فئة، بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي.

ويصعب حصر هذه الأنماط جميعها، ولعل أهمها وأكثرها شيوعاً ما يلي: (Kirk, 1983, P:163)

تركز هذه الطريقة في تصنيف المعاقين على الخصائص الجسمية والمظهر الخارجي للمعاقين وبحسب هذا الأسلوب في التصنيف يمكننا تقسيم المعوقين عقلياً إلى:

أ. فئة المنغوليين (Mongolism).

ب. فئة كبار الجمجمة (Macrocephally).

ج. فئة المصابين بحالات PKU (Phenylketonuria).

إن التصنيف بحسب هذه الطريقة لا يفيد كثيراً في مجال التربية الخاصة والتأهيل ولذلك لا يؤخذ به كثيراً في البرامج التربوية الحديثة. (Kirk, 1983, P: 180).

ثالثاً: التصنيف على أساس الذكاء أو التصنيف التربوي

ينظر علماء النفس إلى القدرة العقلية (الذكاء) على أنها قدرة تتوزع بين الناس توزيعاً سوياً، يمثله منحنى التوزيع السوي للصفات البشرية والمعروف بمنحنى جوس (Goss)، وعلى هذا الأساس يقسّم علماء النفس الذكاء إلى فئات، على أساس الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لنسبة أفراد المجتمع. ويتفق معظم علماء النفس ومن بينهم وكسلر، على أن الإعاقة العقلية تبدأ عند نسبة ذكاء (70) درجة، والتي تقل عن المتوسط بدرجتين معياريتين.

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسب الذكاء المقيسة باستخدام مقاييس القدرة العقلية (الذكاء) كمقياس ستانفورد – بينية، أو مقياس وكسلر للذكاء، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية:

1. الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة (Mild Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم (Educable Mentally Retarded) ويرمز له (EMR)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث من التعليم الأساسي أو يزيد، وهذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

2. الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة بين 40-55 كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب (Trainable Mentally Retarded) ويرمز له (TMR) وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي، ولكن يصاحبها أحياناً مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

3. الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 25-40 درجة، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة (Severly Mentally Retarded) ويرمز له

(SMR)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة، مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما تتميز هذه الفئة باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

4. الإعاقة العقلية العميقة (Profoundlt Mentally Retarded)

وتقل نسبة الذكاء في هذه الفئة عن 25 درجة ويرمز له (PMR)، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدراتهم الحسية والحركية، وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو في المؤسسة الخاصة برعايتهم. (Hallahan & Kauffman, 1991).

رابعاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMD Classification System)

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال، نظراً لأن المسميات التي يتضمنها لا تحمل درجة عالية من السلبية كما في التصنيفات السابقة، خاصة التصنيفات القديمة التي تستخدم مسميات كالغبي والأبله والمعتوه.

يتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الفئات التالية: التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، والشديد جداً. يمثل الجدول (1-1) هذه الفئات ودرجات الذكاء المقابلة لها وفق آخر تعديل أجرته الجمعية عام 1983م.

جدول رقم (1-1): فئات التخلف العقلي ومعاملات الذكاء المقابلة لكل فئة وفق تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (Grossman, 1983, P. 13)

الفئة	معامل الذكاء وفق تعديل 1983	معاملات الذكاء المعتمدة قبل التعديل
التخلف العقلي البسيط	من 50-55 إلى حدود 70	70-55
التخلف العقلي المتوسط	من 35-40 إلى حدود 50-55	54-40
التخلف العقلي الشديد	من 20-25 إلى حدود 35-40	39-25
التخلف العقلي الشديد جداً	دون 20	دون 25

يلاحظ من الجدول (1-2) أن الحدود الفاصلة بين كل فئة وأخرى ليست معامل ذكاء واحدة بل فئة مداها (5) درجات. وقد يتساءل القارئ كيف لنا مثلاً أن نصنف من يحصل على درجة ذكاء (52) إذ يمكن أن يقع في كلي الفئتين البسيط والمتوسط، ويكمن الجواب في تصنيف المعوق في فئة ما لا يأخذ بالاعتبار درجة ذكائه فقط بل أيضاً درجة سلوكه التكيفي. كما أن الفاحص يجب أن يأخذ بالاعتبار أيضاً سلوك المفحوص في موقف الاختبار وغير ذلك من ملاحظات يرى الفاحص من الأهمية اعتبارها. (Grossman, 1983).

خصائص المعوقين عقلياً

أولاً: الخصائص العامة

هنالك صعوبة كبيرة للتوصل إلى تعميم يتصف بالدقة فيما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقلياً. فكما أشرنا فإن هنالك مستويات مختلفة من درجة الإعاقة تتباين فيما بينها بشكل واضح. وحتى ضمن المستوى الواحد، نجد فروقات واضحة بين الأفراد المعوقين. بل إنه من المتوقع أن درجة التباين بين الأفراد المعوقين عقلياً أكبر منها بين العاديين.

وحيث إن معرفة الخصائص العقلية والانفعالية ومظاهر النمو المختلفة أساسية للتوصل إلى مؤشرات عامة تسهم في رسم الخطوط العريضة للبرنامج التعليمي، سنحاول إبراز أهم الخصائص وأكثرها عمومية في كل جانب من جوانب النمو، منوهين إلى أن هذه الخصائص مشتركة في طبيعتها بين الغالبية العظمى من المعوقين عقلياً ولكنها تختلف في درجتها بين معوق وآخر تبعاً لعوامل متعددة، أبرزها درجة الإعاقة، والمرحلة العمرية، ونوعية الرعاية التي يلقاها المعوق سواء في الأسرة أو من برامج التربية الخاصة. سنحاول قدر الإمكان عند الحديث عن كل خاصية التفريق بين المستويات المختلفة من الإعاقة على تلك الخاصية. (القريوتي وآخرون، 1995).

ثانياً: الخصائص الجسمية والحركية

يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقلياً إلى الانخفاض بشكل عام. وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة. فالمعوقين أصغر في حجومهم وأطوالهم

من أقرانهم غير المعوقين. وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحاً على مظهرهم الخارجي. وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس والوجه، وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا والسفلى.

كما أن الحالة الصحية العامة للمعوقين عقلياً تتسم بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة الإجهاد والتعب. وحيث إن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم أقل وتعرضهم للمرض أكثر احتمالاً من العاديين، فإن متوسط أعمارهم أدنى. ولكن التقدم في الخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط أعمارهم.

وفيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني بطئاً في النمو تبعاً لدرجة الإعاقة. ونجد في الغالب أن المعوقين عقلياً يتأخرون في إتقان مهارة المشي ويواجهون صعوبات في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة، كعضلات اليد والأصابع والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة. وتبقى هذه المشكلات الحركية تواجه المعوقين عقلياً رغم تجاوزهم مرحلة الطفولة. فعلى سبيل المثال لو راقبت طفلاً معوقاً عقلياً بدرجة متوسطة وهو يسير من مكان إلى آخر لوجدت أن خطواته بطيئة وغير منتظمة وحركته العامة تفتقر إلى التناسق. كما أنه يصعب عليه أن يسير في خط مستقيم، حيث إن التآزر البصري الحركي لديه ضعيف حتى في الحركة الكبيرة. وتبدو المشكلة أوضح لو راقبته وهو يحاول التقاط كرة أو إدخال شيء في فتحة ما.

أما بالنسبة للمعوقين عقلياً بدرجة شديدة فإن نسبة كبيرة منهم يعانون من مشكلات حسية وحركية مصاحبة للإعاقة العقلية.

ثالثاً: الخصائص المعرفية

- **الانتباه (Attention)**: يعاني المعوقون عقلياً من ضعف القدرة على الانتباه، والقابلية العالية للتشتت. وهذا يفسر عدم مثابرتهم أو مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة، أو مناسبة للعاديين. كما أن الضعف في الانتباه وضعف الذاكرة هما من الأسباب الرئيسية لضعف التعلم

العارض (أي التعلم من الخبرة وبشكل غير مقصود) عند المعوقين عقلياً. وتزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة الإعاقة (يحيى وعبيد، 2005، ص: 141).

- التذكر (Memory): يواجه المعوقون عقلياً صعوبات في التذكر مقارنة بأقرانهم غير المعوقين، خاصة الذاكرة قريبة المدى (أي تذكر الأحداث أو المثيرات التي تعرض لها الفرد قبل فترة زمنية وجيزة). يمكن القول إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر. ولذا فإنه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة. ويضيف هالهان وكوفمان إلى ذلك الضعف في استراتيجيات التعلم عند المعوقين عقلياً، خاصة فيما يتعلق بالتجميع وفق الخصائص المتشابهة واستخدام العوامل الوسيطة أو إعادة التنظيم (Hallahan & Kauffman,1991).

ولقد أشار صادق إلى أن هيبر (Heber) وزملاءه قاموا بسلسلة من الأبحاث، للكشف عن العوامل التي تؤثر في عملية التذكر لدى المعوقين عقلياً ومقارنتهم مع العاديين، واستخلص هيبر من هذه الأبحاث ما يلي: (صادق، 1982).

1. إن المعوقين عقلياً يقعون أقل من العاديين في التذكر المباشر، وإن الحال ليست في التذكر غير المباشر.
2. إن الفرق يتلاشى بين المجموعتين في التذكر غير المباشر إذا قيس بالنسبة للمادة الأصلية في الموقف التعليمي.
3. إن التكرار بعد تمام التعلم (Learning - Osser) يفيد المعوقين عقلياً بوجه عام، ولكنه يشتت انتباه الأطفال العاديين مما يؤثر على ما تعلموه بالفعل.
4. تؤثر صعوبة المادة وطولها على نتائج التعلم بصورة واضحة.
5. يكون للتعزيز أثره الإيجابي في نتائج التعلم.

- التمييز (Discrimination): لما كانت عملية الانتباه والتصنيف والتذكر لدى المعوقين عقلياً تواجه قصوراً، فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين، هذا وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعاً لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة وتكون صعوبات التمييز واضحة بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة.

- التخيل (Imagination): يلاحظ أن المعوقين عقلياً بشكل عام ذوي خيال محدود، حيث إن عملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على استدعاء الصور الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى، وأسوة بالعمليات العقلية الأخرى فإن القصور في القدرة على التخيل تزداد بازدياد درجة الإعاقة.
- الإدراك والتفكير: أشارت الأبحاث المعتمدة في مجال الإدراك عند المعوقين عقلياً أن لديهم قصوراً في عمليات الإدراك، ثم أثبتت هذه الأبحاث أن المعوقين عقلياً لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة، كما أنهم لا يستطيعون التعبير عن الأسس العامة، وإن من خصائص تفكيرهم أنه يدور حول "هنا" و "الآن"، وهناك أيضاً دلائل تشير إلى أنهم يفشلون في إظهار التفكير الإبتكاري أو الإبداعي الذي يتناسب مع عمرهم العقلي.

وبالرغم من أن كثيراً من الدراسات والأبحاث قد كشفت عن فروقات في الأداء بين المعوقين عقلياً والعاديين من الأطفال في مجال الإدراك، إلا انه يصعب الوصول إلى استنتاجات قاطعة في هذا الشأن. (Justen, 1982, P: 50).

رابعاً: الخصائص اللغوية

يعاني المعوقون عقلياً من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة. فالطفل المعوق عقلياً يتأخر في النطق واكتساب اللغة. كما أن صعوبات الكلام تشيع بين المعوقين عقلياً بدرجة اكبر. ومن الصعوبات الأكثر شيوعاً التأتأة والأخطاء في اللفظ وعدم ملاءمة نغمة الصوت.

ومن أهم المشكلات اللغوية التي تواجه المعوقين عقلياً ما يتعلق بفصاحة اللغة وجودة المفردات. ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني. وكثيراً ما يستخدم المختصون في وصف لغة المعوقين عقلياً "اللغة الطفولية"، للإشارة إلى جمود النمو اللغوي عند المعوقين عقلياً.

ويشير ميلر (Miller, 1981) إلى أن درجة شيوع وشدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقلياً ترتبط بدرجة عالية بدرجة الإعاقة العقلية. فالمعوقون عقلياً بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق ولكنهم يطورون قدرة على الكلام. أما المعوقون

عقلياً بدرجة متوسطة، ففي الغالب، يواجهون صعوبات مختلفة في الكلام وتتصف لغتهم بالنمطية. اما بالنسبة لشديدي الإعاقة فيلاحظ أن نسبة كبيرة منهم عاجزة عن النطق حيث إن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات لا تكون مفهومة في الغالب. (القريوتي وآخرون، 1995).

خامساً: الخصائص الشخصية والاجتماعية

تتأثر الخصائص الشخصية والاجتماعية للأطفال المعوقين عقلياً بعوامل متعددة أسوة بتلك العوامل التي تؤثر في نمو شخصية الطفل العادي. ولكن الطفل المعوق يعاني من خصائص وميزات سلبية ذات تأثير حاسم على نمو شخصيته وسلوكه الاجتماعي. فانخفاض مستوى قدرته العقلية وقصور سلوكه التكيفي يضعه في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه من الأطفال ويطور لديه إحساساً بالدونية. ومما يضاعف من هذا الإحساس انخفاض التوقعات الاجتماعية منه، حيث إن الآخرين في معظم الأحيان يعاملونه على أنه إنسان مختلف ولا يتوقعون منه الكثير. وللأسف فإن ملاحظاتنا العامة تدعونا للاعتقاد بأن توقعات الآخرين المحيطين بالطفل المعوق عقلياً، تنخفض بشكل واضح عن المستوى الحقيقي لإمكانات الطفل وقدراته. ويجب الا نغفل أن الطفل المعوق عقلياً أكثر عرضه لخبرات الفشل من الطفل العادي، بحكم انخفاض مستوى قدراته. ثم إن تراكم خبرات الفشل وتكرارها يقود هو الآخر إلى تأكيد انخفاض تقييم الطفل لذاته، ويعزز مفهومه السلبي عن نفسه. لذلك نجد ان المعوقين عقلياً يتوقعون في معظم الأحيان فشلهم في أداء المهمات المطلوب أداؤها دون أن يجربوا أداءها. وعندما يحاول الطفل المعاق أداء مهمة ما فإنه يستسلم أمام الصعوبات الأولى التي تواجهه ولا يحاول تجريب طرق اخرى.

إن الملاحظات السابقة تدعو للاستنتاج بأن مستوى الدافعية عند المعوقين عقلياً منخفض. ويمكن للأسرة أو المربين ملاحظة ذلك بوضوح عندما يطلب من الطفل اداء أو تعلم مهمة غير مألوفة له من قبل. ويؤكد كل من زجلر وبالا (Zigler & Balla, 1982)، بأن انخفاض مستوى الأداء المعرفي للمعوقين عقلياً ليس نتيجة لانخفاض مستوى القدرة العقلية فقط، إنما تساهم في ذلك عوامل اخرى اهمها انخفاض مستوى الدافعية وتوقع الفشل.

أما فيما يتعلق بالخصائص النفسية الاجتماعية، فإن الأطفال المعوقين عقلياً يميلون إلى اللعب والمشاركة في المجموعات العمرية التي تصغرهم سناً. ومثل هذا السلوك متوقع نظراً لشعور الأطفال المعوقين بعدم قدرتهم على التنافس مع أقرانهم غير المعوقين. (القريوتي وآخرون، 1995).

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

يعتبر التشخيص عنصراً أساسياً في عملية تعليم الأطفال المعوقين ومن الصعب إهماله برغم تعدد أساليب التشخيص وأدواته والتي لا يتفق عليها جميع العاملين في المجال، فلكل فلسفته في أسلوب التشخيص وهذا لا يعني أن الغالبية متفقة على أن عملية تشخيص المعاق تحتاج إلى تشخيص من النواحي التالية:

1. النفسية.
2. الاجتماعية.
3. الطبية.
4. التربوية.

لقد وضع ثورندايك وهاجان (Thorndike & Hagan) ثلاث خطوات أساسية لأي عملية قياس أو تشخيص، وهي:

أ. وصف أو تحديد السلوك أو الخصائص التي ينبغي قياسها.

ب. وضع الخصائص المراد قياسها في قالب يمكن ملاحظته.

ج. تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته.

وقد أضاف ديفز (Davis) نقطة رابعة إلى النقاط الثلاث آنفة الذكر وهي التأكيد على أن أسلوب القياس المراد اتباعه يتناسب والواقع العلمي.

أهداف التشخيص

لقد حدد زوبن (Zubin) أهداف عملية التشخيص في النقاط التالية:

1. معرفة مواطن القوة والضعف في شخصية الفرد موضوع القياس.
2. اختيار العلاج (البرنامج التربوي) المناسب.

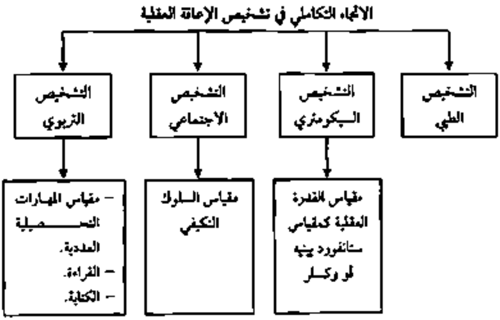
اي ان عملية التشخيص تفيدنا في تحديد:

أ. ما هو السلوك المطلوب تعديله عند الفرد.

ب. ما هي الطريقة أو الأسلوب الأكثر فاعلية في تعليم المعوق وتدريبه. (سالم، 1994، ص: 157-159).

الأبعاد الأساسية في تشخيص المعوقين عقلياً

كما ذكرنا سابقاً فإن عملية تشخيص الأفراد المعوقين عقلياً هي عملية تنطوي على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية التربوية، لذلك فإن أية عملية تشخيص صحيحة يجب ان تحتوي على التعرف على هذه الأبعاد. وهذا ما أطلق عليه في أوساط التربية الخاصة بالاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية، إذ يجمع ذلك الاتجاه بين الخصائص المختلفة الأنفة الذكر، ويمثل الشكل رقم (2 - 1) ذلك (الروسان، 2001):



الشكل رقم (2 - 1): يوضح الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية

وفيما يلي شرح موجز للاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية:

1. التشخيص الطبي (Medical Diagnosis)

يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة اخصائي في طب الأطفال، تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها، والفحوص المخبرية اللازمة.

2. التشخيص السيكومتري (Psychometric Diagnosis)

يقوم بهذا العمل اخصائي في علم النفس، ويتضمن تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية (I.Q.Test)، من مثل مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر أو مقياس الذكاء المصور. وفي كثير من البلدان العربية مثل مصر والأردن والكويت وغيرها، جرى تطوير وتقنين عدد من هذه المقاييس. وقد يكون أكثر تلك المقاييس صلاحية في تشخيص القدرة العقلية للمفحوص مقاييس ستانفورد بينيه إذا لم يعان المفحوص من اضطرابات لغوية، وإلا فيعتبر مقياس وكسلر للذكاء الأطفال، خاصة الجانب الأدائي منه، أكثر مناسبة من غيره. ويهدف استخدام أي من هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص يعبر عنها بنسبة الذكاء.

3. التشخيص الاجتماعي (Social Diagnosis)

يتضمن التشخيص الاجتماعي، والذي يقوم به عادة اخصائي في التربية الخاصة، تقريراً عن درجة السلوك التكيفي، ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي للمعاق عقلياً، بسبب تقنينه على البيئة العربية.

4. التشخيص التربوي (Educational Diagnosis)

ويتضمن التشخيص التربوي، والذي يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص وذلك باستخدام احد مقاييس المهارات الأكاديمية، كمقياس المهارات اللغوية ومقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً، وكذلك مقياس مهارات الكتابة، ومقياس مهارات القراءة.

مشكلات قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

هنالك العديد من المشكلات التي تواجه عملية قياس وتشخيص الإعاقة العقلية يمكن تلخيصها بالنقاط الآتية:

1. إن معظم المقاييس المستخدمة لقياس الإعاقة العقلية لم تبنَ أصلاً لهم وإنما هي مستعارة للاستخدام للمعوقين عقلياً.
2. هنالك بعض الشكوك بمدى صدق وثبات المقاييس المستخدمة في عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية. (Macmillan, 1982,P: 207).
3. عدم الشمولية في التشخيص، فمعظمها مقاييس للذكاء ولا تشخص جوانب الشخصية الأخرى عند المعاق.
4. الاختبارات المستعملة تعطي نتيجة واحدة أي تفيدنا بأن المفحوص متخلف عقلياً بدرجة ما، ولكنها لا تحدد مواطن الضعف والقوة عند الطفل، ولا تعطينا فكرة عن ما يعرفه الطفل أو يتقنه وماذا لا يعرف الطفل أو لا يتقن من مهارات.
5. حركة قياس وتشخيص المعوقين ما زالت حركة حديثة ما زالت تحتاج إلى مزيد من الاختبارات التي يجب أن تطور في هذا الجانب. وكذلك ما زلنا بحاجة إلى دراسات وبحوث في هذا المجال أيضاً.
6. اللغة: تعتمد الاختبارات المستعملة في كثير من الأحيان على اللغة ولما كان البعض من المعوقين عقلياً لا يمكنه التعبير عن طريق اللغة فإن قياسه وتشخيصه تصبح عملية صعبة.
7. الهدف من التشخيص: حيث إنه إذا لم نحدد بعد ما هو الهدف من التشخيص أي هل نريد أن نعطي الصفة ونقول هذا متخلف عقلياً أم نريد أن نعرف قدراته ومستوياته العقلية حتى نرسم له البرنامج المناسب؟.
8. بالنسبة لعملية تشخيص المعوقين عقلياً فنحن نحتاج إلى بناء مقاييس واختبارات أو أدوات تشخيص محلية أيضاً ولا نكتفي فقط بترجمة وتقنين اختبارات أجنبية، صحيح أن تقنين الاختبارات الأجنبية تفيدنا في هذا الظرف لأننا نريد أدوات

مستعجلة ولكن أيضاً مع هذه الحركة يجب أن نقوم ببناء وتطوير أدوات التشخيص المناسبة لبيئتنا.

9. تفسير النتائج: إن عملية التشخيص تكون ممكنة أحياناً ولكن المهم أيضاً هو كيف نفهمها ونفسرها، فليس من السهل على أي فرد أن يقوم بذلك.

10. تقديم المعلومات للأهل بصدق وموضوعية حيث يجب أن تقدم النتائج إلى الأهل بصدق وموضوعية دائماً ولكن بالأسلوب المناسب وأن نتذكر دائماً بأننا نتعامل مع أهل الطفل وهم بشوق لسماع النتائج الإيجابية عن طفلهم، ولكن المهم أن لا يكون الأسلوب على حساب الموضوعية والصدق.

11. تواجهنا حالات متعددة الإعاقة (عقلياً وجسمياً مثلاً أو عقلياً وسمعياً) لذا، فإن الاختبارات يجب أن تعدل وقبل أن تطبق على الطفل حتى نحصل على نتائج صادقة وثابتة.

12. الدافعية: في كثير من الأحيان قد تنخفض درجة ذكاء المعوق على اختبار نتيجة لعدم وجود دافعية لديه للقيام بالمطلوب على الاختبار، لذلك، يجب أن نراعي الدافعية.

13. التشتت والانتباه: من المعروف أن المعوق سهل التشتت وقدرته على التركيز والانتباه ضعيفة. لذا، يجب مراعاة ذلك.

14. صعوبة الفهم: لا يفهم المعوق المطلوب منه إذا لم يوضح بصيغة بسيطة ومناسبة لفهمه واستيعابه. (سالم، 1994، ص: 162).

مراجع الفصل الأول

المراجع العربية

- إبراهيم، علا عبد الباقي. (1993)، التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها، الطبعة الأولى، مصر: دار غريب.
- الروسان، فاروق، (2010)، سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة السادسة، الأردن، دار الفكر.
- الريحاني، سليمان، (1985)، التخلف العقلي، الأردن، مطابع الدستور التجارية.
- سالم، ياسر. (1994)، رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن، منشورات جامعة القدس المفتوحة.
- سيسالم، كمال وآخرون. (1987)، المعاقون اكاديمياً وسلوكياً، السعودية، دار عالم الكتب.
- صادق، فاروق محمد، (1982)، التخلف العقلي، السعودية، دار عالم الكتاب.
- الصمادي، جميل والناطور، ميادة، الشحرمي، عبد الله، (2003)، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، الكويت: منشورات الجامعة العربية المفتوحة.
- عبد الرحيم، فتحي السيد. سيكولوجية الأطفال غير العاديين، (1988)، الكويت، دار القلم.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل، (1995)، مقدمة في التربية الخاصة، دبي: دار القلم .
- القمش، مصطفى والمعايطة، خليل، (2010)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الثالثة، الأردن، دار المسيرة.

الأولى، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

Greenspan, s. (1999), what is mean by mental retardation? **International Review of psychiatry**, feb, vol, 11, 1.

Grossman, H, J., (1983), **Manual On terminology, & Classification In Mental Retardation**, NY: AAMD.

Hallahan, D. Kauffman, (1991) J. **Exceptional Children: Introduction To Special Education**, Prentice- Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A.

Heward, W. & Orlansky, M. (1988), **Exceptional Children**, 2nd ed colombus, Chrles E. Merill: ohio.

Justen, E, et. al., (1982), **Creative Teaching of the Mentally handicapped**, NY: University Press.

Kauffman, J., (1981), **Hand book of Special education**, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.

Keigher, S.M., (2000), Emerging Issues In mental Retardation: Self Determination Versus self – Interest, **Health & Social work**, Aug, vol. 25, (3).

Kirk, S., et. al., (1983), **Educating Exceptional children**, Boston, Press: ohio.

Macmillan, D., (1982), **Mental Retardation In School & Society**, 2nd Ed, Little Brown & Company: Boston.

Patton, R . J., et. al. (1986), **Mental Retardation**, Boston Press; ohio.

الوقاية من الإعاقة العقلية والتدخل المبكر

الفصل الثاني

الوقاية من الإعاقة العقلية والتدخل المبكر

مقدمة

حكومات تلك الدول تشريعات وقوانين تنص على أهمية اكتشاف مشاكل الأطفال وعلاجها في وقت مبكر، مما يساهم وبشكل ملحوظ في الحد من آثار الإعاقة العقلية بشكل خاص والإعاقات بأنواعها المختلفة بشكل عام كما يساهم في التقليل من الآثار النفسية والمادية على كل من الأسرة والمجتمع.

ما هو التدخل المبكر ؟

يشير مصطلح التدخل المبكر إلى الإجراءات والممارسات التي تهدف إلى معالجة مشاكل الأطفال المختلفة مثل: تأخر النمو والإعاقة بأنواعها المختلفة والاحتياجات الخاصة بالإضافة إلى توفير حاجات أسر هؤلاء الأطفال من خلال تقديم البرامج التدريبية والإرشادية. هذا وتتفاوت كثافة وتركيز برامج التدخل المبكر حسب نوع المشكلة فالمدة الزمنية تختلف حسب حالة كل طفل ويتمثل الغرض من برامج التدخل المبكر في مساعدة طفل ذوي الاحتياجات الخاصة على النمو والتطور إلى أقصى درجة يمكن الوصول إليها.

مبررات التدخّل المبكر

هناك العديد من المبررات للتدخّل المبكر، وفيما يلي أهم هذه المبررات:

1. إن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.
2. إن التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.
3. هناك جدوى اقتصادية للتدخّل المبكر أكثر من التدخّل المتأخر.

4. إن التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية أخرى.
5. إن النمو ليس نتاج الوراثة فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً وفعالاً أيضاً مما يزيد من أهمية التدخل المبكر.
6. إن للتدخل المبكر أثراً بالغاً في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها. (Haydan & Pious, 1997) (القمش والمعايطة، 2007: 361)
7. إن السنوات الأولى في حياة الأطفال المعوقين الذين لا تقدم لهم برامج تدخل مبكر إنما هي سنوات حرمان وفرص ضائعة وربما تدهورٌ نمائي أيضاً.
8. إن التعلم الإنساني في السنوات المبكرة أسهل وأسرع من التعلم في أية مرحلة عمريه أخرى.
9. إن والدي الطفل المعوق بحاجة إلى مساعدة في المراحل الأولى لكي لا تترسخ لديهما أنماط تنشئة غير بناءه
10. إن التأخر النمائي قبل الخامسة من العمر مؤشر خطر فهو يعني احتمال معاناة المشكلات المختلفة طوال الحياة.
11. إن التدخل المبكر جهد مثمر وهو ذو جدوى اقتصادية حيث إنه يقلل النفقات المخصصة للبرامج التربوية الخاصة اللاحقة.
12. إن الآباء معلمون لأطفالهم المعوقين وأن المدرسة ليست بديلاً للاسرة.
13. إن معظم مراحل النمو الحرجة والتي تكون فيها القابلية للنمو والتعلم في ذروتها تحدث في السنوات الأولى من العمر.
14. إن تدهوراً نمائياً قد يحدث لدى الطفل المعوق بدون التدخل المبكر مما يجعل الفروقات بينه وبين أقرانه غير المعوقين أكثر وضوحاً مع مرور الأيام.
15. إن مظاهر النمو متداخلة وعدم معالجة الضعف في أحد جوانب النمو حال اكتشافه قد يقود إلى تدهور في جوانب النمو الأخرى.

16. إن التدخل المبكر يساهم في تجنيب الوالدين وطفلهما المعوق مواجهة صعوبات نفسية هائلة لاحقة. (الخطيب والحديدي، 2004)

فريق العمل في برامج التدخل المبكر

إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها الاختصاصيون، وفيما يلي وصف موجز لأكثرهم أهمية:

أولاً: اختصاصي النسائية والتوليد: لعل أحداً من الاختصاصيين لا يستطيع أن يلعب دوراً وقائياً كذلك الذي يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد القيام به، فمن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة ومتابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والإرشاد الجيني وغير ذلك يستطيع اختصاصي النسائية والتوليد الكشف المبكر عن المشكلات أو الوقاية منها.

ثانياً: اختصاصي طب الأطفال: إن الدور الذي يمكن لطبيب الأطفال القيام به هو التعرف على الأطفال الأكثر عرضةً للخطر، وفي الوقاية من الإعاقة دور بالغ الأهمية فهو الذي غالباً ما يتابع الأطفال بشكل دوري منذ نعومة أظافرهم.

ثالثاً: الممرضات: تستطيع الممرضة تقديم مساعدة كبيرة للأطفال المعوقين وأسرهم ومربيهم من حيث التوعية الصحية العامة والرعاية الطبية الروتينية والطارئة.

رابعاً: طبيب العيون: يقوم اختصاصي طب العيون بتشخيص ومعالجة أمراض العيون ويقوم هو أو اختصاصي تقييم البصر بتشخيص الضعف البصري ووصف العدسات التصحيحية اللازمة.

خامساً: اختصاصي القياس السمعي: يستطيع اختصاصيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت الحاجة تستدعي ذلك.

سادساً: اختصاصي علم النفس: وتتمثل إسهاماته الرئيسية في تقييم النمو المعرفي والمهارات الاجتماعية والانفعالية من جهة، وفي المشاركة في تصميم وتنفيذ برنامج التربوي الفردي للطفل المعوق من جهة أخرى.

سابعاً: الاختصاصي الاجتماعي: فهو يساعد في تقييم وتحليل الظروف الأسرية والاقتصادية وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والمشاركة في تقييم فعالية الخدمات المقدمة.

ثامناً: اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة: وهو يعمل على تطوير البرامج التربوية والعلاجية للوقاية من الإعاقة والكشف المبكر عنها ومعالجتها ذلك أن اللغة تلعب دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال.

تاسعاً: اختصاصي العلاج الطبيعي: يسهم هذا الاختصاصي في معالجة وتأهيل الأطفال ذوي الإعاقة الجسمية بوجه خاص والأطفال المعوقين بوجه عام.

عاشراً: اختصاصي العلاج الوظيفي: وهو يركز أساساً على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال ويدربهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساندة أو التصحيحية أو التعويضية.

الحادي عشر: المعلمون والمعلمات: كثيراً ما تكون معلمات رياض الأطفال اللواتي يقمن على رعاية الأطفال في الأوضاع المختلفة أول من يشتبه بوجود مشكلة نمائية ما لدى الطفل، وليس من شك أن قيام المعلمة بتحويل الطفل إلى الجهات المختصة يمكن أن يساهم في منع تدهور الأداء وفي تقديم المساعدة اللازمة

الثاني عشر: معلمات ومعلمو التربية الخاصة: إن اختصاصي التربية الخاصة هم الذين يقومون فعلياً بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء في المراكز أو البيوت وغالباً ما يقومون بدور منسقي أعمال الفريق وعليهم تقع مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة بما تتضمنه من تحديد لمستويات الأداء في مجالات النمو المختلفة وتحديد للأهداف الطويلة المدى والأهداف القصيرة المدى والأساليب والوسائل المناسبة لتحقيق تلك الأهداف.

الثالث عشر: أولياء الأمور.

الرابع عشر: طبيب الأنف والأذن والحنجرة: حيث يعمل على تشخيص وعلاج جهاز النطق والسمع. (الخطيب و الحديدي، 2004)

أشكال التدخل المبكر

1. **التدخل المبكر في المراكز:** وفقاً لهذا النموذج تقدم خدمات التدخل المبكر في المركز أو المدرسة وتتراوح أعمار الأطفال المستفيدين من الخدمات من سنتين إلى ست سنوات وليس بالضرورة أن يتم تنفيذ برامج التدخل المبكر في مراكز متخصصة بخدمة الأطفال المعوقين إذ قد تنفذ هذه البرامج في الحضانات ورياض الأطفال العادية تحقيقاً لمبدأ الدمج، ومن حسنات هذا النموذج قيام فريق متعدد التخصصات بتخطيط وتنفيذ الخدمات وإتاحة الفرص للطفل للتفاعل مع الأطفال الآخرين ومن سيئاته مشكلات توفير المواصلات والصعوبات المرتبطة بها والكلفة المادية العالية.
2. **التدخل المبكر في المنزل:** في العادة تقوم مدربة أو معلمة أسرية مدربة جيداً بزيارة المنزل من مرة إلى ثلاث مرات أسبوعياً وخلافاً للتدخل المبكر في المراكز والذي يستخدم عادةً في المدن فإن التدخل المبكر في المنزل يستخدم عادةً في الأماكن الريفية والنائية حيث لا يوجد إلا أعداد قليلة من الأطفال المعوقين.
3. **التدخل المبكر في كل من المركز والمنزل:** يلتحق الأطفال في المراكز لأيام محدودة ويقوم الاختصاصيون بزيارات منزلية لهم ولأولياء أمورهم مرة أو مرتين في الأسبوع حسب طبيعة حالة الطفل وحاجات الأسرة.
4. **التدخل المبكر من خلال تقديم الاستشارات:** يقوم أولياء الأمور بزيارة دورية إلى المركز حيث يتم تقييم ومتابعة أداء الأطفال وتدريب أولياء أمورهم ومناقشة القضايا المهمة معهم.
5. **التدخل المبكر في المستشفيات:** ويكون ملائماً للتعامل مع مرضى الشلل الدماغي والصلب المفتوح والإصابات الدماغية
6. **التدخل المبكر من خلال وسائل الإعلام:** يستخدم هذا النموذج التلفاز أو المواد المطبوعة أو الأفلام أو الأشرطة... لتدريب أولياء الأمور ولإيصال المعلومات المفيدة لهم. (زريقات، 2003)

العوامل التي تؤثر في فاعلية برامج التدخل المبكر

تلعب العديد من العوامل دوراً حاسماً في فاعلية التدخل المبكر أهمها:

1. نزعة أولياء الأمور للانتظار أو توقع حلول أو علاجات سحرية لمشكلات أبنائهم.
2. عدم رغبة أولياء الأمور في الاقتناع بأن طفلهم معوق، لأن ذلك يبعث الخوف في نفوسهم بسبب اتجاهاتهم واتجاهات المجتمع بوجه عام نحو الإعاقة.
3. تعامل الأطباء مع الإعاقة من منظور طبي فقط مما يدفعهم إلى تبني مواقف متشائمة حيال إمكانية تحسن الطفل.
4. لجوء الأشخاص المحيطين بالأسرة إلى تبريرات وافتراضات واهية لطمأنة الأسرة وشد أزرها.
5. عدم توفر مراكز التدخل المبكر المتخصصة وتردد المراكز القائمة في خدمة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ست سنوات.
6. عدم توفر أدوات الكشف المبكر عن الإعاقة وعدم توفر الكوادر المتخصصة القادرة على تطوير المناهج وتوظيف الأساليب الملائمة للأطفال المعوقين الصغار في السن.
7. غياب السياسات الوطنية الواضحة إزاء التدخل المبكر بسبب عدم إدراك الحجم الفعلي لمشكلات الإعاقة في الطفولة المبكرة. (الخطيب والحديدي، 2004)

الفئات المستهدفة وامثلة عليها

الضيّة التدخل المبكر (Early Intervention)

يشمل التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

حالات الإعاقة الأكثر استفادة من التدخل المبكر

يمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر في سبع مجموعات وفق ما ذكره بيجو (Bijou, 1988):

1. الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من الناحية:
   - الفطرية مثل الأطفال المصابين بمتلازمة داون (المنغولية).
   - البيئية.
   - الطبية والبيولوجية.
2. الأطفال المتأخرون نمائياً.
3. الأطفال المصابون حركياً.
4. الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل.
5. الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية.
6. الأطفال شديدو الاضطراب الإنفعالي مثل حالات فصام الطفولة.
7. الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية:
   - السمعية.
   - البصرية.
   - السمعية والبصرية معاً. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 466).

طرق ومستويات الوقاية من الإعاقة

سوف تتضح صورة الوقاية من الإعاقة بشكل أفضل إذا عرضناها في ضوء مستويات الإعاقة الثلاثة وهي:

أولاً: الوقاية الأولية

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى الحيلولة دون حدوث نقص في السمع أو فقد للبصر أو الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة، وذلك من خلال تحسين مستوى الرعاية الصحية الأولية.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. التخطيط لمرحلة ما قبل الحمل (الكشف عن حالات عدم توافق العامل الرايزيسي، إجراء الاختبارات الكشفية للتأكد من عدم الإصابة بأمراض معدية أو مزمنة، الحصول على المطاعيم اللازمة).

2. تطعيم الأطفال ضد أمراض الطفولة سواء الفيروسي منها أو البكتيري(الحصبة الألمانية، الكزاز، التهاب السحايا...).
3. امتناع الأم عن تناول العقاقير الطبية أثناء الحمل دون استشارة الطبيب.
4. مراجعة الأم للأطباء بشكل دوري والحصول على رعاية صحية منتظمة.
5. الإرشاد الصحي.
6. إزالة المخاطر البيئية
7. توعية الجماهير

ثانياً: الوقاية الثانوية

هي جملة الإجراءات التي تسعى لمنع تطور حالة الضعف إلى حالة عجز وذلك من خلال الكشف المبكر والتدخل العلاجي المبكر.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. الكشف المبكر عن نقص السمع أو ضعف البصر عند الأطفال.
2. توفير المعينات السمعية و البصرية عند الحاجة.
3. تقديم خدمات التدخل المبكر.
4. المعالجة الطبية والجراحية المناسبة عند اللزوم.

ثالثا: الوقاية الثلاثية

وهي جملة الإجراءات التي تهدف إلى منع تفاقم حالة العجز وتطورها إلى حالة إعاقة، وذلك من خلال تعزيز القدرات المتبقية لدى الفرد والحد من التأثيرات السلبية للعجز لديه.

إجراءات الوقاية في هذا المستوى:

1. تقديم خدمات التربية الخاصة والتأهيل.
2. تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع.
3. تقديم خدمات الإرشاد والتدريب الأسري.
4. توفير فرص الدمج الاجتماعي. (الخطيب، 2005. عبيد، 2000)

مفهوم الوقاية من الإعاقة وأهدافها وبرامجها

تكاد تتفق معظم المراجع التي كتبت في موضوع الوقاية من الإعاقة على مفهوم الوقاية من الإعاقة إذ يذكر القريوتي وزملاؤه (1995) بان منظمة الصحة العالمية قد تبنت في عام 1976 مفهوما جديدا للوقاية على انها مجموعة من الإجراءات والخدمات المقصودة والمنظمة التي تهدف دون / أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور المؤدي إلى عجز في الوظائف الفسيولوجية أو السيكولوجية والحد من الآثار المترتبة على حالات العجز بهدف إتاحة الفرص للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل المثمر مع بيئته بأقل درجة ممكنة وتوفير الفرصة له لأن يحقق حياة أخرى أقرب ما تكون إلى حياة العاديين، وقد تكون تلك الإجراءات والخدمات ذات طابع طبي أو اجتماعي أو تربوي أو تأهيلي في حين تعرفها الجبدري(1985) على أنها التصدي لجميع الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى الإعاقة. وتبدو أهمية الوقاية من الإعاقة في تجنب الكثير من الآثار النفسية والاجتماعية والصحية والاقتصادية التي تحدث للفرد المعاق ولذويه ، ومن هنا جاء اهتمام كافة الجهات والقطاعات ذات العلاقة ببرامج الوقاية من الإعاقة خاصة إذا تذكرنا إمكانية تجنب أكثر من 50٪ من حالات الإعاقة إذا ما اتخذت التدابير والبرامج والإجراءات الوقائية في ظهور الإعاقة ، ويؤكد القريوتي وأخرين (1995) نقلا عن ميهتا (Mehta,1978) إن 85٪ من حالات الإعاقة البصرية في الهند (توجد في الهند (24) مليون حالة كف البصر) يمكن الوقاية منها ومنع حدوثها لو اتخذت الإجراءات والتدابير والبرامج الوقائية لمنع حدوثها، وتذكر سمث إمكانية تجنب 50٪ من الأسباب المؤدية إلى حالات الإعاقة العقلية كما تذكر قائمة بالاختبارات التي يمكن إجراؤها أثناء فترة الحمل مثل اختبار نسبة البروتين في الدم والذي يكلف 125 دولاراً تقريبا ويمكن أن يجنب الأم حالات الإعاقة العقلية (المنغولية) وحالات اضطرابات العمود الفقري، كما تذكر سمث اختبارات أخرى يمكن القيام بها للحد من الإعاقة العقلية مثل فحص السائل الامنيي كما تذكر مجموعة من الإجراءات اللازم إتباعها لدى الأم الحامل مثل العناية الطبية وتجنب الكحول والعقاقير والاهتمام بالتغذية الراجعة، وتجنب حالات الولادة المبكرة، وتجنب الأشعة السينية واختيار العمر المناسب للحمل، كما تذكر مجموعة من الإجراءات الوقائية

للأطفال مثل التركيز على التغذية، والابتعاد عن المواد الكيماوية، ومنع الالتهابات واختبار قياس مستوى الرصاص في الدم، وأخيرا تذكر سمث بعض البرامج الموجهة إلى المجتمع مثل تجنب حالات الفقر، وتوفير التعليم المناسب وحماية الطفل من الإساءة والإهمال وإجراء اختبار الـ (PKU) للأطفال في أعمار مبكرة، وتوفير العناية الصحية للام الحامل، وللأطفال....الخ. (القمش والسعايدة، 2008:121 – 122).

قضايا ومشكلات الوقاية من الإعاقة في الأردن

تعتبر ظاهرة الإعاقة ظاهرة عالمية تعاني منها كل المجتمعات المتقدمة والنامية بنسب متفاوتة تبعا لمجموعة من العوامل الثقافية والاجتماعية والصحية والاقتصادية، وفي الأردن كغيرها من الدول، تتراوح نسبة الإعاقة ما بين 3٪- 10٪ تبعا لنوع وعدد المعايير المستخدمة في تقدير تلك النسبة وقليلة هي الدراسات المسحية في الأردن التي تعطي تقديرا حقيقيا لنسبة الإعاقة فيها، وإذا ما تم القبول بأقل نسبة وهي 3٪ فإن ذلك يعني أن أعداد المعوقين في الأردن قد تصل إلى حوالي (120) الف معوق، وتشير الدراسة المسحية للمعوقين التي قام بها صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني في عام (1979) إلى أن عدد المعوقين في الأردن يصل إلى حوالي (18) الف معوق، ويشير الإحصاء الذي قامت به دائرة الإحصاءات العامة في عام (1993) إلى أن نسبة الإعاقة في الأردن قد تصل إلى حوالي 10٪ويعني ذلك ان حجم مشكلة الإعاقة في الأردن كبير ولا يمكن تجاهله، ولا بد من العديد من برامج الوقاية التي يمكن أن تتصدى له وتحقق منه وذلك من خلال التعرف إلى أسباب الإعاقة في الأردن ووضع البرامج المتنوعة التي قد تعمل على التخفيف من 50٪ من حالات الإعاقة لو وجدت ونجحت برامج الوقاية، وخاصة إذا ذكرت أعداد مراكز وبرامج التربية الخاصة في الأردن والتي وصلت حسب إحصائية عام 1994إلى حوالي (98) \مؤسسة \مركزاً \صفاً \ تعنى بأكثر من الفي معوق في تلك المراكز والمؤسسات والصفوف الخاصة، ويمكن تقدير الآثار الاقتصادية والاجتماعية والنفسية لحجم مشكلة الإعاقة في الأردن ؛ وخاصة عند تقدير كلفة الطالب العادي التي قد تصل إلى حوالي 11 دينارا شهرياً في حين تصل كلفة الطالب المعوق إلى حوالي 80 دينارا

شهريا أضف إلى ذلك الضغوط النفسية والاجتماعية لمشكلة الإعاقة على المعاق نفسه وذويه والمجتمع. وقد تنجح برامج الوقاية من الإعاقة إذا ما تم التعرف إلى أسباب الإعاقة، إذ أن الدراسات الأردنية التي أجريت حول أسباب الإعاقة قليلة جداً ومن تلك الدراسات الدراسة التي أجراها الكيلاني (1983) والتي هدفت إلى تقيم حالات الإعاقة العقلية في الأردن على عينة مؤلفة من (200) فرد تراوحت الفئات العمرية لهم من 4 سنوات إلى 16 سنة، وأشارت نتائج الدراسة إلى ما نسبته 58٪ من أسر المعوقين عقليا كانت من مستوى متدن من التعليم وأن ما نسبته 70٪ من أسر المعوقين كانت ذات تاريخ مرضي وان ما نسبته 58٪ من أسر المعوقين كانت تتسم بظاهرة زواج الأقارب وان ما نسبته 23٪ من أسر المعوقين كانت تتسم بتكرار حالات الإعاقة آن ما نسبته 24٪ من أمهات الأطفال المعوقين قد تعرضن لمشكلات صحية عند الولادة وان ما نسبته 64٪ من الأمهات تعاطين الأدوية والعقاقير والتدخين وتعرض للأشعة السينية، وان ما نسبته 71٪ من الأمهات تمت ولادتهن في البيت وان ما نسبته 64٪ من أمهات المعوقين تعرضن لحالات سقوط وصدمات والتهابات والحصبة الألمانية كما تكررت حالات الإعاقة البصرية بحيث كان عدد المعوقين بصريا (2) في (28)أسرة و(13) معوقاً بصريا في ثماني أسر و(4) معوقين بصريا في أسرة واحدة و(6) معوقين بصريا في أسرة واحدة أيضا.

البرامج التي تساهم في الحد من انتشار نسبة الإعاقة العقلية

1. **برنامج الإرشاد الجيني:** ويتضمن هذا البرنامج مساعدة الآباء والأمهات الذين هم في مقتبل الزواج، أو الذين حدثت لديهم حالات الإعاقة على معرفة بعض المعلومات ذات العلاقة، ويقصد بذلك توعية الآباء والأمهات حول اثر العوامل التالية على الإعاقة ومنها اثر العوامل الوراثية والصفات السائدة والمتنحية واختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين واثر إصابة احد الوالدين أو أقاربه بالإعاقة على إنجاب أطفال معوقين واثر العوامل المرضية على حالات الإنجاب.....الخ.

2. برنامج العناية الطبية أثناء الحمل: ويتضمن هذا البرنامج مساعدة الأمهات الحوامل وتوعيتهن، حول العوامل التي تؤثر على إنجاب أطفال معوقين وتجنب ذلك ما أمكن، ويقصد بذلك توعية المرأة حول أثر العوامل المرتبطة بالتغذية، واهمية التغذية الجيدة للأم الحامل آثار سوء التغذية على الأم الحامل، وبيان دور إصابة الأم الأودنية بالأمراض وخاصة أمراض الحصبة الألمانية والزهري وأثر ذلك على الحمل، وكيفية تجنب إنجاب أطفال معوقين نتيجة لذلك وتوعية الأمهات الحوامل إلى عدم التعرض للأشعة، وبيان اثر ذلك على الجنين وخاصة في الأشهر الأولى من الحمل، ثم توعية الأمهات الحوامل حول أثر تعاطي العقاقير او الأدوية، وكذلك الأمهات الحوامل حول اثر العوامل النفسية على الجنين.

3. برنامج توعية الأمهات حول السن المناسب للحمل: ويتضمن هذا البرنامج، تعريف الأمهات المقبلات على الإنجاب بالسن المناسب للحمل والذي يتراوح ما بين سن 20 -35،وأثر عامل العمر على إنجاب طفل معوق، وخاصة في حالات الأطفال المنغوليين،إذ تتزايد نسبة ولادة طفل منغولي بزيادة عمر الأم، وقد دلت الدراسات على ذلك بأن احتمال ولادة طفل منغولي في سن 20-30 هو 1500\1 بينما نجد أن احتمال ولادة طفل منغولي في سن 30 – 35 1\600 ليصبح هذا الرقم 1\300 في سن 35 -40.

4. برنامج توعية الأمهات للحد أو التقليل من فرص الولادة المبكرة: ويتضمن هذا البرنامج، توعية الأمهات وتزويدهن بالمعلومات الأساسية التي تحد من احتمال حدوث الولادة المبكرة إذ يقصد بذلك الولادة التي تتم قبل انقضاء مدة الحمل الطبيعية،ونتيجة لذلك فإن طول الطفل ووزنه يكون أقل من المعدل الطبيعي للطفل العادي، كما أن استعداده للإصابة بالمرض أو الإعاقة أكبر، ويمكن التقليل من طرق تلك الأشكال من الولادة بتوعية الأم بالعوامل التي تؤدي إلى الولادة المبكرة وتجنبها ويقصد بذلك العوامل المرتبطة بسوء التغذية، أو الأمراض التي تصاب بها الأم الحامل، أو التدخين أو العقاقير او قلة العناية الطبية، أو الانفعالات النفسية الحادة.

5. برنامج توعية الأمهات حول العناية الطبية والولادة في المستشفى: تعود بعض حالات الإعاقة إلى قلة العناية الطبية بالأم الحامل، وإلى الولادات التي تتم في البيوت وما يصاحبها أحيانا من المشكلات المرتبطة بعملية الولادة، حيث يصعب على القابلة غير المدربة أخذ احتياطاتها الكافية لمواجهتها، ومن هنا فإنه لا بد للمرأة من تنظيم برامج توعية، من خلال وسائل الإعلام المختلفة، حول أثر العناية الطبية التي تشمل الفحص الدوري للدم والعامل الريزيسي وفحص السكر والزلال، وأثر الولادة المبكرة في البيت على إنجاب حالات الإعاقة، وخاصة التخلف العقلي، والشلل الدماغي.

6. برنامج توعية الأمهات حول أهمية التشخيص المبكر: قد تبدو بعض مظاهر الإعاقة واضحة بطريقة ما منذ الولادة، وقد يشك في المظاهر التي تبدو على الطفل الوليد والتي تدلل على احتمال حدوث الإعاقة، ومن هنا فإنه لا بد من توعية الأمهات حول المظاهر التي يجب الانتباه لها، من مثل حالات كبر حجم الدماغ أو صغر حجم الدماغ أو حالة التحام عظام الجمجمة عند الولادة أو حالات اضطرابات التمثيل الغذائي أو حالات تأخر بعض المظاهر للنمو الحركي، أو الاجتماعي، وإن اكتشاف بعض تلك الحالات السابقة قد يساعد على التقليل من حالات الإعاقة أو إنقاذها، وخاصة في حالات استسقاء الدماغ أو اضطرابات التمثيل الغذائي أو التحام عظام الجمجمة.

7. برنامج توعية الأمهات حول التطعيم: تعود أسباب بعض حالات الإعاقة إلى عدم تقيد الأم بتطعيم أطفالها في الأوقات المحددة، وخاصة تقديم المطاعيم الخاصة للوقاية من السعال الديكي، والحصبة الألمانية، والدفتيريا وشلل الأطفال،هذا بالإضافة إلى ضرورة تطعيم كل الفتيات في سن العاشرة تقريباً ضد الحصبة الألمانية، وأن مثل هذا الإجراءات كفيلة بتقليل نسبة الاعاقة وخاصة إذا ما قدمت في الأوقات المناسبة ومن هنا يبرز دور المرأة في توعية الأمهات والفتيات حول أهمية برامج التطعيم وإلزامية تلك البرامج.

8. برنامج توعية الأمهات والآباء حول موضوع زواج الأقارب: أشارت الدراسات السابقة أثر زواج الأقارب، وخاصة من الدرجة الأولى، على ظهور حالات

الإعاقة، مما أوجب تنظيم برامج لتوعية الآباء والأمهات حول هذا الموضوع، للمساعدة على التقليل من حالات الإعاقة، ومن هنا يبرز دور المرأة في عقد الندوات أو الدورات التي تساعد على توضيح أثر زواج الأقارب، وخاصة لدى الأسر التي تظهر لديها حالات الإعاقة.

9. برنامج تعميم مراكز الأمومة والطفولة: العمل على تعميم فكرة مراكز الأمومة والطفولة التي تساهم بدورها، ومن خلال البرامج التي تقدمها، على التخفيف من حالات الإعاقة.

10. برنامج تدريب القابلات غير المؤهلات: ويقصد بذلك أن تنظم الاتحادات والمؤسسات ومن خلال المسؤولين في الوزارات المختلفة دورات تدريبية قصيرة لأجل القابلات اللواتي يزاولن مهنة التوليد، بحيث تتضمن تلك الدورات موضوعات تتعلق بالأم الحامل والعوامل التي تؤثر على إنجاب حالات من الإعاقة وطرق التوليد وكيفية مواجهة المواقف الطارئة عند الولادة.

11. برنامج توعية الأمهات والآباء حول موضوع السلامة العامة: ويتضمن هذا البرنامج، توعية الأمهات والآباء حول كيفية استعمال الأدوية التي تشكل خطرا على حياة الأسرة أو إصابتها بإحدى مظاهر الإعاقة، ويشتمل هذا البرنامج توعية الأسر حول كيفية استعمال أسطوانة الغاز، والأدوات الكهربائية، والأدوات الحادة، وكيفية قطع الشارع، وتجنب وضع الأطفال في المقاعد الأمامية للسيارات.

معوقات العمل من خلال فريق متعدد الاختصاصات

ويمكن إثارة القضايا والمشكلات التالية لبرامج الوقاية من الإعاقة في الأردن على سبيل المثال منها:

- قضية تعدد الجهات المسؤولة عن برامج الوقاية من الإعاقة: مثل وزارة الصحة، وخاصة شعبة التثقيف الصحي، وقسم خدمات الصحة المدرسية ومركز الأمومة والطفولة، ووزارة التنمية الاجتماعية، من خلال مديريات التربية الخاصة ومراكز تشخيص الإعاقات، ووزارة العمل من خلال معهد السلامة والصحة المهنية، ووزارة الداخلية من خلال مديرية السير والدفاع المدني والقطاع الخاص من

خلال الجمعية الأردنية للوقاية من حوادث الطرق ومؤسسات القطاع الخاص الأخرى، وخاصة مراكز مؤسسات التربية الخاصة التي تصدر نشرات تعريفية وقائية بالإعاقة، والسؤال الآن هو كيف يتم التنسيق بين هذه الجهات بحيث تحدد الأهداف والوسائل لبرامج الوقاية من الإعاقة؟

- قضية التخطيط لبرامج الوقاية من الإعاقة: بحيث تشمل عمليات التخطيط تحديد الأهداف المتوقعة من برامج الوقاية، والطرق اللازمة لتحقيقها، وتقيم فعالية تلك البرامج.
- قضية تحديد محتوى برامج الإعاقة: بحيث يتم التنسيق بين الجهات المعنية على تحديد دور كل جهة في محتوى برامج محددة يخصها، بحيث تعمل على تحقيق أهداف ذلك المحتوى.
- قضية تمويل برامج الوقاية من الإعاقة: من حيث رصد الميزانية المناسبة لكل جهة من الجهات المسؤولة عن برامج الوقاية، كما هو الحال في الدول الأخرى.
- قضية تفعيل وسائل الإعلام من صحافة وإعلام وتلفزيون في التوعية الصحية والثقافية والاجتماعية للمجتمع من الإعاقة.
- قضية تفعيل القوانين والتشريعات المتعلقة بالفحص قبل الزواج.
- قضية إجراء الدراسات المتعلقة بفعالية برامج الوقاية من الإعاقة في الأردن إذ تعتبر الدراسات في هذا المجال نادرة.

المشكلات التي تعاني منها الدول في مجالي الوقاية والتدخل المبكر

هل يشكل التدخل المبكر مشكلة في الدول النامية؟

لقد لخص تقرير اليونيسيف الصادر عام (1989) المشكلات ذات العلاقة بمجالي الوقاية والتدخل المبكر في الدول النامية كما يلي:

- انعدام أو عدم كفاية البرامج القائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة.
- انخفاض الوعي الصحي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.

- إن غالبية السكان في الدول النامية هم من الفئات المحرومة.
- اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى الكثير من المجتمعات النامية.
- غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها لدى المجتمعات النامية.(القمش والمعايطة، 2007:362)

أهداف برامج التدخل المبكر لأسر الأطفال المعوقين عقليا

تقع إستراتيجيات الإرشاد والتدخل لأسر الأطفال المعوقين عقليا في ثلاثة مجالات:

- **برامج العلاج النفسي:** التي تساعد الأسرة على فهم مشكلاتهم كآباء لأطفال معوقين، وكيفية التعامل مع أطفالهم المعوقين. وتفهم إمكانيات الطفل وقدراته وتقديرهما لهذه الإمكانيات دون التركيز على أوجه الضعف فيها.
- **برامج تدريب الأسرة:** التي تساعد على تدريب أطفالها المعوقين على المهارات وتطويرها.
- **برامج المعلومات:** التي تزود الأسرة بمعلومات وحقائق حول حالة ابنهم الذي يعاني من إعاقة، حيث تحتاج الأسرة لمعلومات عن حالته ويمكن اعتبار مؤتمرات المعلمين والأسرة parents teachers- conference هي الأكثر استخداما ضمن هذا البرنامج حيث تزود الأسرة بمعلومات عن:
  - حاجات طفلهم المعوق ومعرفة أهداف المعلم.
  - معلومات عن حقوقهم وواجبا تهم كآباء لأطفال معوقين.
  - معلومات واضحة عن البرنامج المدرسي وكيفية انضمامهم إليه.
  - معلومات واضحة عن كيفية انتقال أثر البرنامج المدرسي إلى البيت.
  - زيادة قدرات الأسرة في مساعدة الطفل المعوق على تعلم المهارات الوظيفية.
  - مساعدة الآباء للوصول لمصادر خدمات إضافية في الحاضر والمستقبل (القمش والسعايدة، 2008: 131-132).

مراجع الفصل الثاني

المراجع العربية

- الخطيب، جمال والحديدي منى، (2009)، التدخل المبكر: مدخل إلى التربية الخاصة في الطفولة المبكرة، الأردن، دار الفكر.
- زريقات، إبراهيم. (2009)، الإعاقة السمعية، الطبعة الأولى، الأردن، دار الفكر.
- عبيد، ماجدة. (2000)، السامعون بأعينهم، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- القريوتي، يوسف. السرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل، (1995)، المدخل إلى التربية الخاصة، الإمارات العربية المتحدة: دار القلم.
- القمش، مصطفى والمعايطة خليل، (2010)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الثالثة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- القمش، مصطفى والسعايدة، ناجي، (2011)، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، الطبعة الثانية، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

Hayden, A., & Pious, C., (1997), **The case for early Intervention**, Ink. York & Edgor (Eds). Teaching The severely handicapped, Seattle: American association for the severely profoundly handicapped.

Northcott, W. (1977), **Curriculum guide: Hearing - impaired children, Birth to three years and their parents**,(ed.2) Washington, D. C., A. G. Bell Association.

Streng, A. H., Kretschmer, R. R., & Kretschmer L. W. (1978), **Language, learning, and deafness: Theory, application, and classroom management**, New York: Grune and Stratton.

الأسرة والإعاقة العقلية

الفصل الثالث

الأسرة والإعاقة العقلية

مقدمة

تعد الأسرة نظاماً متكاملاً يضم مجموعة من الأعضاء يؤثر كل منهم في الآخر ويتأثر به، فوجود طفل معوق عقلياً فيها يمثل مصدر ضغط لبقية أفراد الأسرة سواء بصورة مباشرة أم غير مباشرة، مما يترتب عليه تلبية بعض الاحتياجات التي تمكن الأسرة من مواجهة الضغوط النفسية الناجمة عن إعاقة الطفل. حيث إن من وظائف الأسرة كنظام اجتماعي يقوم على تربية الأفراد الرعاية النفسية والاجتماعية والتعليمية لأفرادها، ونتيجةً لوجود طفل معوق فيها فهي تكافح في مواجهة الضغوط التي يفرضها وجود مثل هذا الطفل، لحاجته للعناية الطبية والإشراف مما يستنزف جهود هذه الأسر (McDonald & Gregoire, 1997). كما أن وحدة الأسرة تتمثل في وحدة الأفراد الذين يعيشون معاً، ويشتركون في أعباء الحياة الأساسية، وهدف الأسرة كوحدة هو خلق مناخ لنمو ونضج الأفراد الذين يعملون بأقصى طاقاتهم، ووجود الطفل المعوق في الأسرة يزيد من درجة القلق والخلافات الزوجية والخصومة بين الأشقاء (سيلجمان ودارلينغ، 2000).

اتجاهات الأسرة نحو ولادة طفل معوّق عقلياً

جميعنا يعلم بأن جميع أفراد الأسرة وخصوصاً الأم والأب عندما ينتظرون مولوداً جديداً، يتأملون أن يكون هذا الطفل القادم جميلاً وذكياً وسليماً من جميع الجوانب، ولكن تكون الصدمة الكبرى عندما يخبرهم الطبيب بأن طفلهم الموعود معوقاً عقلياً أو يتوقع أن يكون كذلك!

لذلك فإن إحدى التحديات التي ينبغي التصدي لها بالدراسة هي معرفة اتجاهات الأفراد نحو الإعاقة سواء أكانت هذه الاتجاهات إيجابية أم سلبية، فمعرفتها يترتب عليها قرارات كثيرة تتعلق بمنظومة وفلسفة التنمية لذوي الاحتياجات الخاصة. حيث يشير القريطي (1992) إلى أن الاتجاهات الإيجابية نحو المعوقين يمكن أن تهيئ المناخ لتخطيط البرامج اللازمة لرعايتهم وتطويرها وتحسينها، في حين أن الاتجاهات السلبية نحوهم تحول دون ظهور هذه البرامج إلى حيز الوجود، وقد تطمس ما يفترض أن تدركه من آثار إيجابية على المعوق في حالة وجودها لذلك فإن رصد هذه الاتجاهات نحو المعوقين وتعديل السلبي منها يعد أحد المتطلبات التربوية الهامة.

كما يشير الإمام (1999) بأن التفاعل الاجتماعي الناجح داخل الأسرة الواحدة يولد بذور التفاعل الاجتماعي الناجح داخل المنظومة الاجتماعية ككل. وكلما كانت اتجاهات الشبكة العائلية إيجابية نحو ابنها المعوق عقلياً – على وجه التحديد – كان ذلك مؤشراً في تدعيم السلوك الاستقلالي والاعتماد على النفس، وإكسابه مجموعة من الممارسات والخبرات الحياتية فتكون لديه قيم ومعايير وأساليب سلوكية تساعد على التوافق الشخصي والاجتماعي إلى حد ما، وخلاف ذلك تشعر الأسرة بأنها مجبرة على أداء دورها نحو ابنها المعوق، بشكل يبعث على الشعور بالضغط النفسي وعدم الاتزان الانفعالي وغالباً ما يظهر هذا مع تطور الحالة وزيادة المواقف الضاغطة.

ويذكر الخطيب والحديدي والسرطاوي (1992) عدم وجود الاهتمام الكافي بحاجات واتجاهات أخوة الأطفال المعوقين عقلياً.

مفهوم الاتجاه وعلاقته بالإعاقة العقلية

يعرف ثرستون (Thurston) الاتجاه بأنه: "مجموع ميول الفرد ومشاعره وانحيازاته مع أفكاره ومخاوفه نحو موضوع معين أو ضده" (الكبيسي، 2000 : 21).

ويتصور الباحثون الاجتماعيون مفهوم الاتجاه على أنه يشبه خطاً مستقيماً يمتد بين نقطتين إحداهما تمثل أقصى القبول للموضوع الذي يرتبط بالاتجاه والأخرى تمثل

الرفض لهذا الموضوع والمسافة القائمة بينهما تقسمها نقطة الحياد التام (الحاميد، 2003).

ومن خصائص الاتجاهات أنها تتأثر بخبرة الفرد وتؤثر فيها، ولا تتكون في فراغ، وترتبط بمثيرات ومواقف اجتماعية، وتغلب عليها الذاتية أكثر من الموضوعية، وللاتجاهات مكونات ثلاثة : المعرفي ويتضمن كل ما لدى الفرد من عمليات إدراكية ومعتقدات وأفكار تتعلق بموضوع الاتجاه، والعاطفي الانفعالي الذي يستدل عليه من خلال مشاعر الشخص ورغباته نحو الموضوع، ومن إقباله عليه أو نفوره منه، والسلوكي الذي يشمل الاستجابة العملية نحو الاتجاه بطريقة ما (المعايطة، 2007).

كذلك يعتقد مارش (Marsh, 1992) أن وجود طفل معوق عقلياً في الأسرة، يحتمل أن يكون حدثاً ضاغطاً يحدث إزعاجاً كبيراً لكل أعضاء الأسرة تقريباً لأنه يمثل حدثاً غير متوقع، في ظل عدم وجود خبرة لأعضاء الأسرة بطبيعة هذا الحدث. ويشير تيرنبل وتيرنبل (Turnbull & Turnbull, 1997) إلى أن هناك تغييراً وتبديلاً يظهر على وظائف وأدوار الأسرة التي لديها طفل معوق، كما يتأثر النظام الاقتصادي، والاجتماعي، والنفسي، وتحتاج الأسرة إلى وقت حتى تتكيف مع هذه التغيرات التي طرأت على وظائفها وأدوارها. وأورد الريحاني (1985) المظاهر التي تميز حياة الأسرة لوجود طفل معوق عقلياً منها: الميل نحو الرعاية والحماية الزائدة للطفل المعوق، وضعف تكامل وتماسك الأسرة، وتطور بعض الآثار والاتجاهات السلبية بين الأخوة والأخوات الأسوياء كنتيجة لوجودهم مع أخ معوق عقلياً، والحد من نشاط الأسرة، وظهور بعض المشكلات العاطفية والسلوكية والاجتماعية لدى بعض أفراد الأسرة. كما أشار إلى مراحل التكيف التي تمر بها الأسرة في علاقتها بالطفل المعوق والتي تنتهي بمحاولة مساعدة الطفل على النمو بحدود إمكانياته.

وأشارت يحيى (1999) إلى دراسة سايمنسون وسايمنسون (Simeonsson & Simeonsson, 1981) التي بينت وجود آثار سلبية في تكيف الأخوة والأخوات في المجتمع وخاصة في المدرسة أو الكلية التي يدرسون فيها خوفاً من أن يكون لديهم في المستقبل طفل معوق. كما أشارت إلى دراسة سيمون (Simon,1994) التي بينت أن وجود الإعاقة في معظم الأسر التي قامت بدراستها لم تؤد إلى تأثيرات سلبية على

الآباء أو الأخوة أو حتى على بقية أفراد الأسرة وخاصة في مجالات علاقة الأسرة بغيرها من الأسر والسعادة الزوجية، وأشارت الدراسة كذلك إلى أن نوع الإعاقة يحدد إلى درجة ما شدة التأثيرات السلبية على الأسرة أو العلاقات بين أفرادها.

ويمكن أن نلخص ردود فعل الأسرة أو اتجاهاتها نحو الطفل المعوق عقلياً إلى ما يلي:

1. الاتجاه السلبي أو الاتجاه الرافض: حيث نلاحظ أن بعض الأسر لم تكن تتوقع أن يكون لها طفل معوق ولذلك فهي لا تتقبل هذا الوضع المؤلم وتتهرب منه وترفضه بأشكال شتى، كأن يتبادل الزوجان التهم حول السبب في وجود الطفل المعوق، وقد يستمر ذلك طويلاً وتتحول البيئة الأسرية إلى جحيم لا يطاق ويسبب مزيداً من الألم والتعاسة للزوجين وللأبناء الآخرين وقد يطلب الزوجان أو أحدهما الطلاق، وقد أشارت الدراسات في هذا الجانب أن نسبة الطلاق بين الأسر التي يوجد بها المعوقون أعلى من نسبة الأسر التي لا يوجد بها معوقون. ومثل هذه الحالات تحتاج إلى الإرشاد الأسري المكثف من قبل المتخصصين في مجالات التربية الخاصة وعلم النفس.

2. عدم الاكتراث والإهمال: حيث لوحظ أن بعض الأسر أو بعضاً من أفرادها تكون لديهم اتجاهات سلبية نحو طفلهم المعوق، فلا يتقبلونه إطلاقاً وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمالهم له بدرجة كبيرة، فلا يكترثون لمظهره وملابسه وطعامه ولا يوفرون له العناية الصحية الكافية، ويحاولون إخفاءه عن حياتهم اليومية، ووضعه في مؤسسة داخلية للمعوقين أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصاً الاجتماعية منها، مما يؤدي إلى زيادة درجة إعاقة الطفل المعوق، وخصوصاً في القرى والأماكن النائية، لذا كان لا بد من وجود البرامج الإعلامية والتثقيفية المستمرة لأهالي المعاقين.

3. الاهتمام الزائد بالطفل المعاق: يتكون لدى بعض الأسر اتجاهات مغايرة للاتجاهات الواردة في البندين السابقين، حيث إن أحد الوالدين أو كليهما قد يبدي اهتماماً زائداً في الرعاية والعناية لطفله المعوق مما يعيق برامجه التعليمية والتدريبية ونشأته السليمة، ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى الشعور بالإثم أو

الذنب، حيث يعتقد أحد الوالدين أو كلاهما بأنه السبب في وجود الإعاقة عند الطفل. ويمكن القول بأن اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق قد تبدلت كثيراً من الاتجاهات السلبية إلى الإيجابية وذلك بسبب تقبل المجتمعات لها وتوفر الرعاية والعناية لهم وصدور تشريعات خاصة بالمعوقين أقرتها هيئة الأمم المتحدة. (سالم، 1994، ص: 124-125).

الضغط النفسي لدى أسر المعوقين عقلياً

مفهوم الضغط النفسي وعلاقته بالإعاقة

يعتبر الضغط حالة انفعالية مؤلمة تنشأ من إحباط دافع أو أكثر من الدوافع الفطرية أو المكتسبة، وتعددت تعريفات الضغط النفسي في ضوء النظريات العلمية، التي كان لها مساهمات في دراسة الضغوط النفسية ولاسيما تلك التي تناولها كل من سيلي (Selye) ألاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أية وظيفة تتطلب منه ذلك سواء أكانت سبباً أم نتيجةً لظروف مؤلمة أو غير سارة" (الغريب، 1999:15)، وكابلان (Caplan) الحالة التي يظهر فيها تباين ملحوظ بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الكائن الحي، وقدرته على الاستجابة لها (جبل،1998:10)، وفونتانا (Fontana) "حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانيات الشخصية للكائن الحي" (Fontana,1989:2)، ويعرف موينات ولازاروس (Monat & Lazarus) الضغط النفسي بأنه "حالة تنتج من عدم حدوث توازن بين المطالب البيئية والداخلية والموارد التكيفية للفرد" (Marsh,1992)، وذكر روستير وشارب (Rossiter & Sharpe 2001) أن التركيز مؤخراً زاد لدراسة علاقة الأشقاء بالأخوة من ذوي الإعاقة العقلية، وبينت الكثير من الدراسات التأثير السلبي لوجود اخ معوق عقلياً في الأخوة العاديين.

يعتقد مارش (Marsh , 1992) أن وجود طفل معوق عقلياً في الأسرة، يحتمل أن يكون حدثاً ضاغطاً يحدث إزعاجاً كبيراً لكل أعضاء الأسرة تقريباً لأنه يمثل حدثاً غير متوقع، في ظل عدم وجود خبرة لأعضاء الأسرة بطبيعة هذا الحدث. ويشير تيرنبل وتيرنبل (Turnbull & Turnbull, 1997) إلى أن هناك تغييراً وتبديلاً يظهر على وظائف وأدوار الأسرة التي لديها طفل معوق، كما يتأثر النظام الاقتصادي،

والاجتماعي، والنفسي، وتحتاج الأسرة إلى وقت حتى تتكيف مع هذه التغيرات التي طرأت على وظائفها وأدوارها.

مراحل الضغوط في حياة اسر الأطفال المعوقين عقليا

لقد اشار (hammer) إلى ست مراحل من الضغوط التي تمر بها أسر الأطفال المعوقين عقلياً وهذه الضغوط هي:

1. عند ولادة طفل معوق أو الشك بوجود إعاقة لدى الطفل.
2. عند التشخيص وخلال وفترات العلاج.
3. عندما يقترب عمر الطفل من الدخول إلى المدرسة
4. عندما يقترب عمر الطفل من البلوغ.
5. عندما يقترب عمره من الحياة المهنية.
6. التفكير حول حياة ابنهم المعوق بعد وفاة الوالدين (Bruce, 2001).

اتجاهات اخوة واخوات الأطفال المعوقين عقلياً نحو الإعاقة

يرى (الريحاني، 1985) أن وجود أخ معوق أو أخت معوقة عقلياً في الأسرة يُحمّل الأخوة والأخوات الأسوياء عبئاً ثقيلاً قد يطول مدى الحياة كما يؤدي إلى إعاقة نشاطاتهم الاجتماعية والثقافية والرياضية ويجعلهم تحت ظروف من الضغط الشديد والتوتر والقلق خاصةً إذا اعتمدت عليهم الأسرة في تربية طفلها المعوق عقلياً.

وأكد (اشيورث، 1996) على أن الأخوة والأخوات الذين يعلمون بأن لديهم اخاً غير عادي مثقلون بأنواع عديدة من الهموم، حيث يطرحون أسئلة من مثل: لماذا يحدث هذا ؟ ماذا سأقول لأصدقائي عنه ؟ هل سأعتني به طوال حياتي؟

وأشارت يحيى (1999) إلى دراسة سايمنسون وسايمنسون (Simeonsson & Simeonsson, 1981) التي بينت وجود آثار سلبية في تكيف الأخوة والأخوات في المجتمع وخاصة في المدرسة أو الكلية التي يدرسون فيها خوفاً من أن يكون لديهم في المستقبل طفل معوق. كما أشارت إلى دراسة سيمون (Simon,1994) التي بينت أن وجود الإعاقة في معظم الأسر التي قامت بدراستها لم تؤد إلى تأثيرات سلبية على

الآباء أو الأخوة أو حتى على بقية أفراد الأسرة وخاصة في مجالات علاقة الأسرة بغيرها من الأسر والسعادة الزوجية، وأشارت الدراسة كذلك إلى أن نوع الإعاقة يحدد إلى درجة ما شدة التأثيرات السلبية على الأسرة أو العلاقات بين أفرادها.

برزت دراسة تأثيرات الأخ المعوق أو الأخت المعوقة على الأخوة غير المعوقين كنقطة تحتاج للاهتمام. وتقترح الدراسات المتعلقة بالإخوة بأنه بينما يواجه الكثير من الأخوة الموقف بشكل جيد، فإن آخرين يكونون معرضين لمخاطر نفسية. فليس كل الأخوة قادرين على تجنب التأثيرات السلبية التي تنجم عن إعاقة الأخ أو الأخت، حيث تغير الإعاقة خبرة كل فرد من أفراد الأسرة، كما أن الحياة مع أخ معوق أو أخت معوقة بالنسبة لبعض الأشقاء قد تقود إلى مشكلات تكيفية. وأشار الخطيب وزملاؤه (1992) نقلاً عن بوزانسكي وتريفينو إلى أن أخصائيي الطب النفسي يعالجون أخوة الأطفال المعوقين أكثر مما يعالجون الأطفال المعوقين أنفسهم، وأن الأطفال العاديين الذين يمتلكون خصائص معينة هم أطفال في حالة خطر وبحاجة إلى خدمات نفسية. وتذكر الأدبيات المتعلقة بتأثير وجود طفل معوق داخل الأسرة على الأخوة والأخوات الأسوياء (الخطيب وزملائه، 1992 ؛ الرجماني، 1985؛ جميل، 1998؛ سيلجمان ودارلينغ، 2000؛ يحيى، 2003؛ Patton, Smith Rolland, 1994; SCDDSN,1994; Seltzer & Krauss, 1989; Howlin,1988; & Payne, 1990; (Meyer & Vadasy, 1994 Wasserman, 1983; Lobato, 1983; Marsh,1992;

هذا ويعتبر الجنس من العوامل المؤثرة في اتجاهات الأخوة نحو الإعاقة فقد ذكر الخطيب وزملاؤه (1992) أنه بالرغم من أن الذكور قد يبدون اهتماما واضحاً ويحاولون مساعدة الطفل المعوق والعطف عليه، إلا أن عاطفة الأمومة في الإناث تجعلهن أقرب مودة له وأرق تعاملاً معه لانشغال الذكور عادة بأمورهم عن الطفل، وبذلك تتصف اتجاهاتهم بالسلبية، بينما تميل اتجاهات الإناث نحو الإيجابية بشكل ملحوظ. ويتأثر الأخوة والأخوات باتجاهات آبائهم نحو إعاقة أخيهم. وأشار المغلوث (1999) إلى أن إقامة الطفل المعوق في المنزل لها آثار سلبية على أخوته بطريقة أو بأخرى، ويسبب نوعاً من العصبية للأخوة الكبار أو الأخوات الكبار، ويعتمد ذلك على نوع الإعاقة ودرجتها (سيلجمان ودارلينغ، 2000).

مصادر الضغوط على اخوة واخوات الأطفال الموقين عقليا

فيما يلي توضيح لمصادر الضغوط الواقعة على أخوة وأخوات الأطفال الموقين عقلياً وهي تعمل بمثابة عوامل مؤدية إلى سوء التوافق:

1. **المسؤولية والشعور بالأبوة:** إن مما يؤدي للضغوط النفسية لدى أخوة المعوق عقلياً الأعباء التي يحملونها لوجود الأخ المعوق، من حيث الطلب منهم العناية به أو الأعمال البيتية أو حتى مهمات أخرى لا يقومون بها في العادة، بسبب انشغال الوالدين بالطفل المعوق الذي يحتاج إلى الرعاية،وحيث أن مسؤولية رعاية الأخ المعوق عقلياً مسؤولية كبيرة، ولحتاج إلى وقت وجهد زائد مما يؤدي إلى افتقار الاتصال داخل الأسرة، والإحساس بالوحدة النفسية لدى الأخوة العاديين، مما يؤدي إلى زيادة الضغوط الواقعة عليهم.
2. **الشعور بالإهمال:** إن واحداً من اهم مصادر الضغوط التي يتعرض لها اخوة المعوقين عقلياً هو الشعور بالإهمال نتيجة انشغال الوالدين بالابن المعوق عقلياً، حيث يرتبط بالمسؤولية الشعور بالإهمال.
3. **الشعور بالغضب والذنب:** أن تحمل الأخوة مسؤولية الأخ المعوق عقلياً والأخت المعوقة عقلياً يرتبط بتطور الغضب والاستياء والشعور بالذنب، وربما الاضطراب النفسي فيما بعد. فالطفل المعاق عقلياً في الأسرة يستهلك الوقت والمال قبل أن يكون الأخوة مستعدين لذلك مما قد ينقلهم عبر مراحل النمو الضرورية قبل الأوان.
4. **التخوّف من حدوث إصابات مماثلة:** إن الأخوة العاديين يشتركون مع الأخ المعوق في خصائص وراثية مما يؤدي إلى خوفهم أن يكون لديهم مستقبلاً مثل هذا الخوف، فقد يشعر الإخوة بالقلق من انتقال العدوى لهم وإصابتهم بالإعاقة، والتخوف من حدوثها عند أطفالهم في المستقبل خاصة حين معرفتهم بأن سبب إعاقة الأخ المعوق أو الأخت المعوقة هو نتيجة مرض وليست بيئية.
5. **الاتصال والتفاهم:** التواصل الصريح والمفتوح مهم بالنسبة للأسرة وقد يساهم انعدامه بين أفراد الأسرة فيما يتعلق بحالة الطفل المعوق في شعور الأخوة العاديين

بالوحدة، فالأخوة بشكل عام يرغبون في معرفة أسباب الإعاقة، ومستوى شدتها، وما ستؤدي إليه مستقبلاً، كما يشيرون إلى ضرورة إجابة أسئلة الأخوة بأقصى درجة ممكنة من الصدق حسب استيعاب وفهم الطفل العادي.

6. اضطراب العلاقات الأسرية والإحساس بالعزلة الاجتماعية: إن أهم مصادر الضغوط لدى الأخوة العاديين للأخ المعوق عقلياً هي الخلافات الأسرية وعدم التوافق الزواجي أو العلاقات الأسرية المضطربة، وتشوه في العلاقات الأسرية الناتجة عن وجود طفل معاق فيها. كما أن منح العناية من قبل الأخوة العاديين للأخ المعاق عقلياً أدت إلى نقص في الأنشطة خارج المنزل، وعدم احتكاك مستمر مع الأصدقاء، وبالتالي إلى العزلة الاجتماعية.

7. الاتجاهات الأبوية: إن الأخوة العاديين يتأثرون بالاتجاهات الأبوية نحو الطفل المعوق، فالآباء الذين لديهم قبول عام لطفلهم يقدمون استجابات واتجاهات تمكّن الأخوة من الاستجابة بطريقة مشابهة للأخ المعوق أو الأخت المعوقة وفي المقابل الآباء الذين يستجيبون بسلبية وخجل وقلق لن يكونوا قادرين على التأثير إيجابياً على أطفالهم العاديين

الدراسات التي تناولت اتجاهات أسر الأطفال المعوقين عقلياً نحو الإعاقة

دراسة ادكيدك (2002)

قامت أدكيدك (2002) بدراسة هدفت إلى التعرف على اتجاهات الوالدين الذين لديهم طفل معوق عقلياً داخل الأسرة نحو الإعاقة العقلية في شرقي القدس، وهدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات الوالدين في تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل المعوق إعاقة عقلية، وأثر مجموعة من المتغيرات من بينها الجنس، والمستوى التعليمي، ودرجة إعاقة الطفل المعوق، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود اختلاف في مستوى الاتجاهات نحو الطفل المعوق عقلياً داخل الأسرة حيث توزعت إلى ثلاثة مستويات، نسبة أفراد العينة في المستوى المرتفع (%10.4) وهي نسبة متدنية، ونسبة أفراد العينة في المستوى المنخفض (%12.7) وهي نسبة متدنية، ونسبة أفراد العينة في المستوى المتوسط (%79.9) وهي نسبة مرتفعة جداً، كما أظهرت النتائج وجود فروقات ذات دلالة

إحصائية (0.05) بين الذكور والإناث بوجود الطفل المعاق عقلياً داخل الأسرة في اتجاهات الوالدين.

دراسة مسعود (1988)

وأجرى مسعود (Masoud, 1988) دراسة بعنوان اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم المعوقين في الأردن، هدفت إلى التعرف على اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم المعوقين، بلغ حجم العينة (93) أباً وأماً. اظهرت النتائج أن اتجاهات الوالدين كانت إيجابية، وأن اتجاهات الأخوة والأخوات نحو أخيهم المعوق إيجابية كما يراها الوالدان، كما بينت نتائج الدراسة إلى أن هناك مشكلات مشتركة يعاني منها أفراد أسر الأطفال المعوقين تتمثل في الجهد والرعاية التي يتطلبها الطفل المعوق، والقلق على مستقبل الطفل المعوق، كما أشارت نتائج الدراسة أن أسر الأطفال المعوقين عقلياً تشعر بالخجل بسبب وجود طفل معوق في الأسرة، وتتجنب إقامة العلاقات مع الآخرين، والشعور بأن هناك نظرة سلبية من أفراد المجتمع ومن الأقارب تجاههم.

دراسة لوينيس (1988)

وأجرت لوينيس (Lawenius, 1988) دراسة هدفت إلى معرفة تأثر تفاعل الأسرة لوجود طفل معوق عقلياً، واتجاهات الأخوة نحو الأطفال المعوقين عقلياً، على عينة تكونت من (51) أخاً تتراوح أعمارهم ما بين (8-16 سنة) لأطفال معوقين عقلياً، باستخدام اختبار علاقات الأخوة، واختبار الجمل الناقصة لروتر (Rotter)، أظهر الأخوة اتجاهاً إيجابياً نحو الأطفال المعوقين عقلياً، كما أن ديناميكية الأسرة تتأثر بردود فعل الوالدين نحو الطفل المعوق.

دراسة النشاوي (1987)

وفي دراسة النشاوي (1987) والتي هدفت للكشف عن العلاقة بين اتجاهات الآباء والأخوة والمدرسين نحو المعوقين عقلياً وتقديرهم لذواتهم كما يدركها المعوقون عقلياً، على عينة مكونة من (103) طلاب وطالبات معوقين عقلياً. استخدم الباحث مقياس الاتجاهات نحو المعوقين الذي يشتمل على صور خاصة بالآباء والمعلمين والأخوة، كذلك تطبيق مقياس تقدير الذات للأطفال، توصلت الدراسة إلى تأثير تقبل

الأخوة على تقدير الذات وعدم وجود أي تأثير لتقبل المدرسين على تقدير الذات لدى الأطفال المعوقين عقلياً، كما توصلت الدراسة إلى تأثير إثابة الآباء على تقدير الذات، وعدم وجود أي تأثير لإثابة كل من الأخوة والمدرسين على تقدير الذات لدى الأطفال المعوقين عقلياً.

دراسة السرطاوي (1987)

كما قام السرطاوي (1987) بدراسة هدفت التعرف على اتجاهات طلبة كلية التربية في جامعة الملك سعود في المستويات الدراسية المختلفة نحو المعوقين عقلياً، شملت عينة الدراسة (252) طالبة، وأشارت النتائج إلى أن لمتغيرات (التخصص، المستوى الدراسي، المعدل التراكمي)، أثراً ذا دلالة على اتجاهات الطلبة نحو المعوقين عقلياً، وبينت النتائج عدم وجود أثر ذي دلالة للتفاعل بين المتغيرات السابقة، وأشارت نتائج الاختبار البعدي أن هناك فرقاً ذا دلالة بين اتجاهات طلبة التخصص في التربية الخاصة نحو المعوقين عقلياً من جهة واتجاهات الطلبة في تخصصات علم النفس، التخصصات العلمية والتخصصات الأخرى لصالح طلبة التربية الخاصة، وكشفت النتائج عن أهمية المعلومات المقدمة للطلبة ضمن برنامجهم الدراسية وأثرها في اتجاهاتهم.

دراسة طعيمة والبطش (1984)

كما أجرى طعيمة والبطش (1984) دراسة هدفت إلى معرفة اتجاهات الوالدين نحو الإعاقة، وأثر كل من المستوى التعليمي والجنس والعمر ووجود فرد معوق في الأسرة على تكوين الاتجاهات نحو الإعاقة العقلية، على عينة تضم (270) فرداً نصفهم آباء وأمهات لأطفال معوقين عقلياً، والنصف الآخر لآباء وأمهات أطفال عاديين، وبينت نتائج الدراسة أن الوالدين ذوي الأطفال المعوقين أظهروا اتجاهات إيجابية نحو هؤلاء الأطفال، ويعود السبب في ذلك إلى الألفة التي تكونت بين الطفل المعوق ووالديه، كما أظهرت النتائج اتجاهات إيجابية للوالدين ذوي المستويات التعليمية الأعلى.

دراسة الريحاني (1978)

اجرى الريحاني عام (1978) دراسة بعنوان اتجاهات والدي الأطفال المعوقين عقلياً نحو الإعاقة العقلية، وهدفت الدراسة إلى التعرف على اتجاهات آباء الأطفال المعوقين عقلياً وأمهاتهم نحو الإعاقة العقلية، والتعرف على اثر عدد من العوامل (جنس الطفل، درجة الإعاقة، جنس الوالدين، المستوى التعليمي للوالدين، حجم الأسرة، عدد الأطفال المعوقين في الأسرة، المستوى الاقتصادي للأسرة) على اتجاهات هؤلاء الأباء والأمهات نحو الإعاقة العقلية، ودلت النتائج على أن 79.46٪ من افراد العينة ينظرون للإعاقة العقلية نظرة إيجابية في حين أن 20.54٪ ينظرون له نظرة سلبية، وتبين من خلال النتائج أن درجات الوالدين في اختبار الاتجاهات تتناسب طردياً مع مستواهم التعليمي – المستوى التعليمي للوالدين – اي أن الأكثر تعلماً ينظر إلى الإعاقة العقلية نظرة أكثر إيجابية من الأقل تعلماً، (الريحاني،1985).

الدراسات التي تناولت الضغوط النفسية على اسر الأطفال المعوقين عقلياً

دراسة المعايطة (2007)

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على درجة الضغوط النفسية لدى اخوة وأخوات الأطفال المعوقين عقلياً، وبيان علاقة هذه الضغوط بكل من الجنس، والمستوى التعليمي، ولتحقيق ذلك استخدمت أداة لقياس الضغوط النفسية، تتوفر فيها شروط الصدق والثبات المناسبة، ومن ثم تم توزيعها على أفراد الدراسة المكونة من (358) اخاً واختاً. أشارت النتائج إلى وجود فروقات في الضغوط النفسية تعزى للجنس حيث إن الذكور اكثر عرضة للضغوط من الإناث، ووجود فروقات في الضغوط النفسية تعزى للمستوى التعليمي حيث إن ذوي المستوى التعليمي دون الثانوية أكثر عرضة للضغوط من ذوي المستوى التعليمي ثانوية فأكثر، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود أثر للتفاعل بين الجنس والمستوى التعليمي. وأوصت الدراسة بضرورة تزويد أخوة وأخوات الأطفال المعوقين بمعلومات حول الإعاقة وبناء برامج إرشادية وتدريبية لهم.

دراسة فريق قسم اسكوتلند للتربية والتعليم (SEED) عام (2002)

أجرى فريق من قسم اسكوتلند للتربية والتعليم (SEED) عام (2002) دراسة حول احوال المعوقين، ورعاية الأخوة والأخوات للطفل المعوق وتاثير وجوده عليهم، مستخدماً فيها المقابلات مع الأطفال وأسرهم، كان عدد افراد الدراسة (25) حالة، وكان أحد أبعاد الدراسة الإخوة والأخوات، أبدى الإخوة والأخوات آراءً إيجابية نحو الأطفال المعوقين وقد وصفهم معظم الأخوة والأخوات بأنهم متعاونون، ومحبون ولطيفون، كما ظهر دليل ضعيف على قبول الأخوة والأخوات كراعين للطفل المعوق، وكان الرأي السائد أن هذه مهمة الوالدين، ويرى الفريق انه على العكس من نتائج الكثير من البحوث السابقة (والتي لم تبحث معظمها آراء الإخوة والأخوات بشكل مباشر)، لم يعتبر معظم الإخوة والأخوات في هذه الدراسة أن وجود أخ معوق له أثر مهم على حياتهم الخاصة، كما أن تلقي وقتٍ أقل من حيث اهتمام الوالدين لم يكن من المشاكل التي أبداها الإخوة. بعض الأطفال شكا من أن وجود أخ معوق قد يؤدي إلى توبيخهم والضحك عليهم في المدرسة، وعن الدعم تحدث معظم الأطفال عن نقص في المعلومات حول الإعاقة وطرق التعامل معها، وكانوا لا يفضلون سؤال الأهل خوفاً من غضبهم، وكانت هناك شكوى من الصمت الكبير فيما يخص الحديث عن الإعاقة (Kingsley, 2002).

دراسة رايمرمان (Rimmerman, 2001)

أجرى رايمرمان (Rimmerman, 2001) دراسة هدفت دراسة الأخوة العاديين في حياة إخوانهم المعوقين، وعلى وجه الخصوص بعد أن يصل الوالدان إلى سن لا يستطيعان فيه تقديم المساعدة للأطفال المعوقين، وقارنت الدراسة (76) شقيقاً في منتصف العمر من أخوة وأخوات الأطفال المعوقين عقلياً مع (69) شقيقاً لأخوة وأخوات عاديين، وذلك في تردد الاتصال، وإدراك الدور، والنشاطات المشتركة، وبينت نتائج الدراسة أن أشقاء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية كان لديهم اتصال أكثر تكراراً، ويزداد ذلك في حالة عجز الوالدين عن القيام بالمساعدة، أو حتى في حالة وفاتهما.

دراسة راضي (2000)

بحث دراسة راضي (2000) الهادفة إلى بيان ما إذا كانت هناك فروقات في الضغوط النفسية لدى إخوة المعوقين عقلياً تعزى إلى متغيرات منها جنس الأخوة، تكونت عينة الدراسة من (210) من أخوة المعوقين عقلياً استجابوا لمقياس الضغوط النفسية، أشارت نتائج الدراسة إلى أن: الأخوة العاديين الأكبر سناً من الطفل المعوق عقلياً يتعرضون للضغوط النفسية بدرجة أكبر من الأخوة الأصغر منه سناً، والأخوة اللذين يقتربون منه في العمر، كما أن الأخوات الإناث يتعرضن للضغوط النفسية بدرجة أعلى مقارنة بالأخوة الذكور، وبينت نتائج الدراسة وجود تفاعل دال بين جنس وعدد الأخوة العاديين للطفل المعوق عقلياً في الضغوط النفسية، وأظهرت نتائج T. test عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين أخوة الذكور وأخوة الإناث من المعوقين عقلياً في الضغوط النفسية.

دراسة كل من هننا، ميدلارسكي، واليزبيث (1999)

أوضحت دراسة هننا، ميدلارسكي، واليزبيث (,.Hannah., Midlarsky Elizabeth., 1999) الهادفة لمعرفة كفاية أخوة المعوقين عقلياً من خلال علاقة التوازن والإمكانية لـ (100) طفل ومراهق، نصفهم أشقاء لأخوة وأخوات من ذوي الإعاقة العقلية، بينت الدراسة عدم وجود فروقات كبيرة بينهم فيما يتعلق بإمكانية التعامل مع إخوتهم من ذوي الإعاقة العقلية. وأظهرت النتائج أن الأشقاء الذكور كانت لديهم صعوبة أكثر في النشاطات والواجبات المدرسية، في حين أظهرت الإناث شعوراً بالاكتئاب.

دراسة كرفش وانجر (1994)

قام كرفش وانجر (Griffiths & Unger 1994) بدراسة وجهات نظر حول التخطيط للمستقبل بين ذوي وأشقاء البالغين المعوقين عقلياً وتألفت عينة الدراسة من (41) من ذوي الأطفال المعوقين عقلياً. وأشارت النتائج إلى ما يلي: فيما يتعلق بالسؤال إذا كان ذوو المعوقين يمكنهم وضع أبنائهم من المعوقين عقلياً مع أشقائهم وشقيقاتهم الأصحاء توقع (22٪) منهم فقط بأن يقوم أبناؤهم الأصحاء بالعناية

المستقبلية بأشقائهم أو شقيقاتهم المعوقين عقلياً، وفي حال حدوث طارئ أجاب (51٪) من ذوي المعوقين بأنهم سيضعون أبناءهم المعوقين عقلياً أو بناتهم في مراكز جماعية تدار من قبل الحكومة، (15٪) كانوا غير متأكدين كيف سيعالجون الوضع، (12٪) أشاروا إلى أن المعوقين سيوضعون عند أقاربهم و أصدقاء لهم.

أما فيما يتعلق بالعناية المستقبلية فقد أشارت الدراسة إلى أن : (44٪) من أشقاء وشقيقات المعوقين عقلياً أفادوا بأنهم راغبون بتولي مسؤولية العناية مستقبلا، (17٪) شعر الأشقاء والشقيقات أنه يجب على أعضاء آخرين في الأسرة تولي هذه المسؤولية، (17٪) من الأشقاء والشقيقات اقترحوا وجود وكالة حكومية خاصة لتولي مسؤولية العناية بالمعوقين عقلياً، في حين أن (10٪) من الأشقاء والشقيقات لم يقرروا مسألة وضع أشقائهم المعوقين عقلياً.

دراسة الخطيب والحديدي (1996)

حاولت الحديدي والخطيب (1996) تحديد أثر إعاقة الطفل في أسرته، وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات. تكونت عينة الدراسة آباء وأمهات (72) طفلاً وطفلة كانوا ملتحقين بمراكز للتربية الخاصة في عمان، وأعد الباحثان صورة عربية عن مقياس التقييم الشامل للأداء الأسري لمكلندن (Melindon,1990). بينت النتائج أن التأثيرات الأكبر أثراً على أسرة الطفل المعوق كانت في مجال العلاقات بين الأخوة وقبول الإعاقة، والتعايش مع الضغوطات الناجمة عنها، والعلاقات الاجتماعية لأفراد الأسرة.

دراسة برنارد فاربر (Bernard Farber)

أجرى برنارد فاربر (Bernard Farber) عام 1959 دراسة هدفت قياس التكيف النفسي والضغوط لدى أسر أطفال معوقين عقلياً (إعاقة شديدة)، تكونت العينة من (240) أسرة لطفل معوق عقلياً منها (75) أسرة لديها أطفال معوقون يقيمون معها في نفس المنزل – دوام جزئي في مركز تربية خاصة – و(165) أسرة لديها أطفال يقيمون في مراكز التربية الخاصة إقامة داخلية، وطبق على العينة مقياس

الضغوط النفسية. توصلت الدراسة إلى أن العلاقات بين الأخوة العاديين وباقي أفراد العائلة تتأثر بشكل سلبي في كثير من الحالات. (العداسي، 1994)

دراسة هانولد (1989)

قام هانولد (Hanold, 1989) بدراسة عن ديناميكية الأسر في حالة وجود طفل معوق وما يعانيه الأخوة غير المعوقين من وجود اخ أو أخت مشخصة بأنها معوقة، واشتملت الدراسة على (8) أسر من مستوى اقتصادي واجتماعي متوسط، وكان الطفل المشخص يتراوح عمره ما بين (6-8) سنوات. أظهرت النتائج أن الأخوة غير المعوقين لديهم حب الاستطلاع حول إعاقة إخوتهم.

دراسة ستونمان، برودي، ديفيز، كرويس (1988)

قام ستونمان، برودي، ديفيز، كرويس (Stoneman., Brody., Davis., & Cropps., 1988) بدراسة مسؤوليات رعاية الأخوة الكبار للأطفال المعوقين عقلياً، وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين مسؤولية رعاية الأخ الأكبر للطفل المعوق، ودرجة الصراع الواضحة للعلاقة الأخوية، والنشاطات الخارجية للأخوة الأكبر سناً، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (64) طفلاً عادياً كانوا أخوة لأطفال معوقين عقليا وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية: إن الأخوات الإناث الأكبر سنا تحملن المسؤولية الشخصية والعناية الذاتية وتجهيز الوجبات، وإن زيادة مسؤوليات منح العناية للأخوة المعوقين يؤدي إلى صراع أخوي ونقص في الأنشطة خارج المنزل و يؤثر في علاقة الأخوة العاديين بالآخرين.

دراسة جاث وجوملي (1987)

أكدت دراسة جاث وجوملي (Gath & Gumley, 1987) أن نوع إعاقة الأخ وشدتها يعد أحد العوامل ذات العلاقة بالمشكلات السلوكية لأخ المعوق، حيث وجد في العائلات ذات الأطفال الذين يعانون من متلازمة داون أن كثيراً من المشكلات السلوكية لأخوة المعوقين تعود إلى درجة شدة إعاقة الأخ وتزداد المشكلة تعقيداً في حال كون إعاقة الأخ غير واضحة أو محددة بشكل جيد.

دراسة ماكهول، سلون، وسيمنسون (1986)

وفي دراسة لـماكهول، سـلون، وسيمنـسون (McHale., Sloan., & Simeonsson., 1986) والتي هدفت لدراسة العلاقات الأخوية للأطفال المصابين بالتوحديه والإعاقة العقلية والأخوة والأخوات غير المعوقين، على عينة قوامها (90) اخاً لأطفال منهم (30) اخاً لأطفال توحديين (Autistic)، و(30) أخاً لأطفال معوقين عقلياً، و(30) اخاً لأطفال عاديين. توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين الأطفال العاديين وأخوتهم المعوقين كما أعربت عنها الأمهات، وعدم وجود علاقة دالة بين المتغيرات المختلفة في العمر والجنس وحجم الأسرة ونوعية العلاقة الأخوية مع الأطفال والمعوقين.

دراسة زتلن (1986)

وأجرى زتلن (Zetlin, 1986) دراسة عن الأخوة المعوقين عقليا الكبار واخوتهم العاديين، بهدف تحديد طبيعة العلاقة بين المعوقين عقليا واخوتهم العاديين وكذلك دور الأخوة العاديين في دعم حياة المعوق عقليا البالغ، واشتملت الدراسة على (35) من المعوقين عقلياً من فئة الإعاقة العقلية المتوسطة، بعضهم يقضون طفولتهم في المنزل، وآخرون في معاهد تعليمية لفترة طويلة وتوصلت الدراسة إلى أن العلاقة بين الأخوة العاديين وأخوتهم المعوقين عقليا تتمثل في:

- مشاعر دافئة واتصال مستمر واندماج شامل.
- مشاعر دافئة واتصال واندماج قليل.
- مشاعر استياء واتصال واندماج قليل.
- مشاعر عدائية واتصال نادر أو عدم اتصال وعدم اندماج .

كما أوضحت النتائج أن الأخوات الإناث أكثر اهتماماً بالمعوق من الأخوة الذكور، ويقمن بمسؤوليات كبيرة تجاه إخوتهن المعوقين.

إرشاد اسر الأطفال المعوقين عقليا

الإرشاد هو عملية تفاعل تحدث في موقف خاص بين شخصين أحدهما مرشد والآخر مسترشد بهدف تسهيل حدوث تغيرات في سلوك المسترشد تمكنه من الوصول إلى حلول مناسبة لمشكلته واحتياجاته.

أهداف إرشاد اسر الأطفال المعوقين عقليا

تذكر يحيى (2003) وسالم (1994) اتجاهات الأسرة السلبية نحو الطفل المعوق عقلياً المتمثلة في: عدم تقبل الحالة والهروب منها ورفضها، وقد يستمر ذلك طويلاً، وعدم الاكتراث والإهمال بدرجة كبيرة للطفل المعوق، وعدم توفير العناية الصحية الكافية. لذا كان لابد من وجود البرامج الإعلامية والتثقيفية والإرشادية، وزيادة الاهتمام في الرعاية والعناية بالطفل المعوق نتيجة شعور الوالدين بالإثم والذنب في كثير من الحالات، مما يعيق البرامج التعليمية والتدريبية والتنشئة السليمة للطفل المعوق. ونتيجة لذلك لابد من تدخل الإرشاد الأسري للمساعد.هذا ويمارس المرشد النفسي عملة مع اسر الأطفال المعوقين عقلياً في إطار ثلاث مجموعات من الأهداف، ويتم الاقتصار على استخدام أحدهما أو استخدامها جميعا طبقا للاحتياجات الوالدية والأسرية وذلك في إطار خطوات التخطيط لبرنامج الإرشاد وهي :

- التقييم الواقعي وتحديد المشكلة.
- تحديد الاحتياجات الإرشادية.
- تحديد أولويات الاحتياجات.
- تحديد وصياغة الأهداف.
- تحديد التكتيكات المناسبة للعمل وتخطيط النشاطات اللازمة لتحقيق الأهداف.
- تقويم النتائج. (يحيى، 2004)

وتتلخص تلك الأهداف فيما يلي :

1. أهداف عقلية: الأسرة بحاجة لمعلومات تشخيصيه حول طفلهم كحالة خاصة والاحتمالات المستقبلية لحالة طفلهم المعوق عقلياً.

2. أهداف انفعالية: تتركز على اهتمامات المرشد حول مخاوف الوالدين، والقلق، واحتمالات الشعور بالذنب والخجل.

3. أهداف سلوكية: ويتعلق ذلك بالتوضيح للأسرة للسلوك المراد تعديله بالنسبة للطفل. ووضع خطط واضحة للأسرة وللطفل المعوق عقلياً (Hanna ,1995).

التدخل الإرشادي Counseling Intervention

يشير التدخل الإرشادي إلى الدور الذي على المرشد أن يقوم به كي يبرز دوره عن دور الأصدقاء والجيران والأقارب والتربويين وعلماء النفس:

وتحديداً على المرشد القيام بالمهام التالية :

- يجب عليه أن يتفاعل بالفهم الكامل لما تعاني منه الأسرة، ويجب أن يكون صادقا معهم.
- يفضل تزويدهم بالمعلومات الملائمة والمفيدة والدعم الكامل لآباء الأطفال ذوي الإعاقات العقلية.
- القدرة على الفهم الواضح للمشاعر الحقيقية للآباء فيما يتعلق بطفلهم المعوق عقلياً.

مؤتمرات الأسرة

تعرف مؤتمرات الأسرة والمرشدين بأنه اجتماع قصير الأمد ما بين الطرفين يهدف إلى تبادل الأفكار بينهم والحصول على المعلومات، وتزويدهم بالدعم.

الاقتراحات العملية لتكون مؤتمرات الأسرة أكثر فعالية:

- اعتبر الأسرة كأفراد لهم اهتماماتهم الخاصة ولديهم أفكار عن طفلهم.
- حدد الموضوع الذي ستناقشه مع الوالدين.
- باستثناء ما يتعلق بتوضيح أهدافك من المقابلة، لا تكتب ملاحظاتك خلال الحديث مع الإباء لان ذلك قد يخوفهم من الحديث.

- إبدأ وانه الاجتماع بإيجابية وشجع الوالدين على تقديم ملاحظاتهم حول الطفل.
- لا تسرع خلال المقابلة لأن الآباء قد يحتاجون لوقت حتى يتحدثوا.
- استمع بدون تعصب ديني أو عرقي.
- كن مستعدا لموافقة الأهل عندما يكون ذلك ممكنا.
- استخدم تفسيرات وكلمات واضحة وسهلة.
- تجنب مقارنة الطفل بإخوانه وأقرانه.
- زود الآباء بمهارة واحدة ليعملوها للطفل بالبيت.
- في نهاية المقابلة لخص ما تمت مناقشته وضع خطة بالتعاون مع الوالدين للاجتماع القادم.
- لا تنس متابعة الحالة (Marcia, 1982).

الأدوار المنوطة بالمرشد لمساعدة أسرة الطفل المعوق عقلياً على مواجهة المشكلة

على المرشد القيام بالأدوار والمهام التالية لمساعدة أسرة الطفل المعوق عقلياً للتعايش مع فكرة وجود طفل معوق عقلياً بالأسرة:

1. كن مستمعاً جيداً: وهي من أهم المهارات التي يجب أن يتحلى بها العاملون في هذا المجال.
2. ساعد الوالدين لتقبل الطفل المعوق.
3. ساعد الوالدين للتخلص من مشاعر الذنب.
4. تذكر انك تتعامل مع أناس يحملون مشاعر الإحباط والألم.
5. اجعل اللقاء مع الوالدين مثمرا بأقصى درجة ممكنة.
6. تذكر أنك إنسان قبل أن تكون مرشدا أو اخصائيا نفسياً (احمد، 1999).

الأخطاء الرئيسية التي يقوم بها المرشدون عند توصيل المعلومات للأسرة

يقع كثير من المرشدين بأخطاء عليهم تفاديها أثناء قيامهم بمهمة توصيل فكرة أن الأسرة أصبح لديها طفلاً معوقاً عقلياً وهذه الأخطاء هي:

- التأخر في تعريف المشكلة.
- الفشل في تشجيع الوالدين.
- إعطاء نصائح أكثر مما ينبغي في بعض القضايا مثل إقامة الطفل المعوق في المؤسسات.
- الفجائية.
- التسرع.
- قلة وعدم الاهتمام بالأهل.
- التردد في التواصل مع الأسرة (Baily, 2000).

استراتيجيات الإرشاد والتدخل الخاصة بأسر الأطفال المعوقين عقلياً

تقع استراتيجيات الإرشاد لأسر الأطفال المعوقين عقلياً في ثلاثة مجالات هي :

1. برامج العلاج النفسي: حيث تساعد هذه البرامج الأسرة على فهم مشكلاتهم كآباء لأطفال معوقين، وكيفية التعامل مع أطفالهم المعوقين. وتفهم إمكانيات الطفل وقدراته وتقديرهما لهذه الإمكانيات دون التركيز على أوجه الضعف فيها.
2. برامج تدريب الأسرة: التي تساعد على تدريب أطفالهم المعوقين على المهارات وتطويرها.
3. برامج المعلومات: التي تزود الأسرة بمعلومات وحقائق حول حالة ابنهم الذي يعاني من إعاقة. حيث تحتاج الأسرة لمعلومات عن حالة طفلهم المعوق ويمكن اعتبار مؤتمرات المعلمين والأسرة Parents Teachers- Conference أكثرها استخداما ضمن هذا البرنامج حيث تزود الأسرة بمعلومات عن :

- حاجات طفلهم المعوق ومعرفة أهداف المعلم.
- معلومات عن حقوقهم وواجباتهم كآباء لأطفال معوقين عقلياً.
- معلومات واضحة عن البرنامج المدرسي وكيفية انضمامهم إليه.
- معلومات واضحة عن كيفية انتقال أثر البرنامج المدرسي إلى البيت.
- زيادة قدرات الأسرة في مساعدة الطفل المعوق عقلياً على تعلم المهارات الوظيفية.
- مساعدة الآباء للوصول لمصادر خدمات إضافية في الحاضر والمستقبل.

نقاط هامة للوالدين (Tips for parents)

يشير رونالد Ronald إلى مجموعة من النصائح التي يجب على والدي الطفل المعوق عقلياً القيام بها ليتمكنوا من مساعدته على أكمل وجه، وهذه النصائح هي:

1. تعلم أكثر عن الإعاقة العقلية أكثر مما تعرفه بحيث تستطيع مساعدة نفسك ومساعدة طفلك.
2. تشجيع الاستقلالية عند الطفل، ساعد الطفل على القيام بمهارات العناية اليومية مثل اللبس، الأكل، استخدام الحمام، والنظافة.
3. علم الطفل أداء المهارات بخطوات بسيطة، وقدم له تغذية راجعة، وعزز الطفل عندما يؤدي المهمة بنجاح.
4. تعرف على المهارات التي تعلمها الطفل في المدرسة، ثم هيئ له الفرص ليطبق تلك المهارات في المنزل، مثلا إذا كان الدرس عن النقود خذ طفلك معك إلى السوبر ماركت.
5. ابحث عن مصادر النشاطات الاجتماعية مثل المخيمات الكشفية، ومراكز الاستجمام، والأندية الرياضية، ليشارك الطفل بها وبالتالي تشجيع مهاراته الاجتماعية.
6. تحدث مع آباء الأطفال المتخلفين عقليا حيث يقدموا الدعم لك.

5. حافظ على الاتصال بالمعلمين والمدرسة، وتعرف على كيفية تدعيم تعلم الطفل في المدرسة وفي البيت (Ronald, 1994).

المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة

يُظهر الأطفال المعوقين عقلياً أنواعاً مختلفة من المشكلات السلوكية غير المرغوب فيها، وتشكّل هذه المشكلات مصدر إزعاج وقلق لأفراد أسر هؤلاء الأطفال.

وتبيّن الدراسات المتصلة بالموضوع أن نسبة حدوث المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعوقين عقلياً عالية نسبياً (Eyman, et al, 1981, p.473). ولا غرابة في ذلك، فالعجز في السلوك التكيّفي هو أحد العناصر الخاصة في تعريف الإعاقة العقلية (الخطيب، 1988، ص164). ولقد أصبح جلياً أن الهدف العام الذي تحاول التربية الخاصة تحقيقه يتمثل بتطوير جميع جوانب الشخصية لدى الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ويمكن تحقيق هذا الهدف باستخدام الأساليب التربويّة الخاصة وأساليب تعديل السلوك (Wallace & Kauffman, 1985).

ولقد أصبح جلياً أيضاً أن من الأهداف الرئيسية المتوخاة من تقديم خدمات التربية الخاصة تطوير وترسيخ السلوك التكيّفي والوظيفي وإزالة الأنماط السلوكية غير السويّة التي يجد معلمو وأسر الأطفال المعوقين عقلياً أنفسهم مرغمين على التعامل معها بغية تطوير إستراتيجيات التدخل العلاجي الفعّالة (الخطيب، 1988: 165).

إذ إن ذلك يمكن أن يساعد أولياء أمور هؤلاء الأطفال على تفهّم أفضل لأبنائهم وفي مساعدتهم في علاج تلك المشكلات، وكذلك يمكن أن يساعد الأخصائيين العاملين مع هؤلاء الأطفال على تخطيط وتقديم البرامج المناسبة لهم. حيث إن الأسرة تلعب دوراً هاماً في تطوّر أطفالها بشكل عام، إلا أن أهمية هذا الدور يتعاظم عندما يكون الطفل معوّقاً عقلياً.

اهم المشكلات السلوكية التي يظهرها الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة

تشير الدراسات المختلفة والأدب النظري أن الأطفال المعوقين عقلياً يظهرون أنواعاً مختلفة من المشكلات السلوكية غير المرغوب فيها داخل الأسرة، وتعتبر هذه

المشكلات من الأسباب الهامة وراء فشل الأطفال المعوقين عقلياً في التكيُّف الشخصي والاجتماعي وتحول دون تفاعلهم في المجتمع ومع الأهل والأقران.

ومن أهم هذه المشكلات :

1. العدوان بأشكاله المختلفة: ويقصد به؛ أي فعل يقوم به الطفل ويهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالآخرين، إما عن طريق الأذى الجسمي (كالضرب، الدفع، الركل، شد الشعر، العض) أو عن طريق الأذى اللفظي (كالشتم، والتوعد) أو قد يظهر عن طريق تخريب الممتلكات.
2. السلوك النمطي: ويقصد به، أي استجابات متكررة تصدر عن الطفل المعوّق بمعدل مرتفع دون أن يكون لها أي هدف واضح، ومن الأمثلة على ذلك: هز الجسم، هز الرأس، لف الشعر، هز الرجلين، ضرب القدمين بالأرض، أو القهقهة بدون سبب واضح.
3. الحركة الزائدة: ويقصد بها، أن يقوم الطفل بنشاط جسدي متواصل وغير هادف وغير منظم يظهر على شكل حركة كثيرة داخل المنزل، كما يتميّز بضعف انتباه الطفل وعدم ملاحظته لما يدور حوله.
2. إيذاء الذات: ويقصد بذلك، استجابات حركية مختلفة تنتهي بالإيذاء أو التلف الجسدي للشخص الذي تصدر عنه، وغالباً ما يكون الضرر الناجم عن هذا النوع من الاستجابات فورياً، ومن الأمثلة على ذلك، ضرب الرأس بعنف، صفع الوجه، شد الشعر، عض أجزاء من الجسم، الخدش، الضغط بشدة على العين، القرص، الحرق، ضرب الجسم بعنف.
3. الانسحاب الاجتماعي: ويقصد به، أن يبقي الفرد على مسافة جسمية وانفعالية بينه وبين الآخرين مع قصور في الاستجابات الاجتماعية، والميل إلى الهدوء، وعدم إثارة الفوضى والمشاكل، ويوصف عادةً بأنه خجول لا يشارك في النشاطات الاجتماعية، ولا يبادر إليها وليس له أصدقاء (القمش، 2006).

- دراسة القمش (2006)

أجرى القمش (2006) دراسة مسحية حول مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي وعلاقتها ببعض المتغيرات، وفيما يلي عرض تفصيلي لهذه الدراسة :

أهمية الدراسة

جاءت الدراسة المسحية الحالية كمحاولة لاستقصاء أهم مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، وعلاوةً على ذلك فإن هذه الدراسة حاولت تحديد طبيعة العلاقة بين هذه المشكلات وكل من عمر الطفل المعوق عقلياً ودرجة إعاقته وجنسه، إذ إن ذلك يمكن أن يساعد أهالي الأطفال على تفهم أفضل لأبنائهم وفي مساعدتهم في علاج تلك المشكلات وكذلك يمكن أن يساعد الأخصائيين العاملين مع هؤلاء الأطفال على تخطيط وتقديم البرامج المناسبة لهم.

مشكلة الدراسة وأهدافها

حاولت هذه الدراسة التعرّف إلى المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، كما استهدفت الدراسة تحديد طبيعة العلاقة بين هذه المشكلات وكل من عمر الطفل المعوّق عقلياً ودرجة إعاقته وجنسه. وبالتحديد، فلقد حاولت الدراسة الإجابة عن الأسئلة الأربعة التالية:

1. ما هي المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة من وجهة نظر الأهالي؟
2. ما هي العلاقة بين عمر الطفل المعوّق عقلياً والمشكلات التي يواجهها؟
3. ما هي العلاقة بين درجة الإعاقة العقلية لدى الطفل والمشكلات التي يواجهها؟
4. ما هي العلاقة بين جنس الطفل المعوّق عقلياً والمشكلات التي يواجهها؟

تعريف المصطلحات

- الإعاقة العقلية: إن أكثر تعريفات الإعاقة العقلية استخداماً وشيوعاً هو ذلك التعريف الشامل الذي تبته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (The American Association of Mental Retardation, AAMR). – وهو التعريف الذي تبناه الباحث – وينص هذا التعريف على أن الإعاقة العقلية تمثل مستوى من الأداء الوظيفي العقلي، الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين أو أكثر مصحوباً بخلل في السلوك التكيّفي، ويظهر خلال المرحلة النمائية من عمر الفرد والتي تمتد منذ الولادة حتى سن الثامنة عشر (Macmillan , 1982).

وتصنّف الجمعية الأمريكية الإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات اعتماداً على درجة الذكاء، مع التركيز على مظاهر السلوك التكيّفي في كل فئة من فئات الإعاقة العقلية، وهي حسب هذا التصنيف كما يلي:

- الإعاقة العقلية البسيطة (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 55-70 درجة).
- الإعاقة العقلية المتوسطة (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 40-55 درجة).
- الإعاقة العقلية الشديدة (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 25-40 درجة).
- الإعاقة العقلية الشديدة جداً أو الاعتمادية (عندما تبلغ نسبة الذكاء 25 درجة أو أقل) (الصمادي وآخرون، 2003).

- المشكلات: هي الأفعال غير المرغوب فيها التي يقوم بها الطفل المعوّق عقلياً ضمن نطاق الأسرة والتي تحد من قدرته على التكيّف. وفي هذه الدراسة تشتمل هذه الأفعال على المشكلات الخمس التالية : العدوان، السلوك النمطي، الحركة الزائدة، إيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي.

طريقة الدراسة وإجراءاتها

- مجتمع الدراسة: تكوّن مجتمع الدراسة الحالية من جميع الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الملتحقين في مراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية في منطقة عمّان الكبرى، إذ بلغ عدد هذه المراكز – عند إجراء هذه الدراسة – ستة عشر مركزاً

للإعاقة العقلية، وقد بلغ عدد الطلاب المعوقين في هذه المراكز (1082) طالباً وطالبة.

- عيّنة الدراسة: لقد تكوّنت عيّنة الدراسة من (220) مفحوصاً ومفحوصة من الأطفال المعوقين عقلياً والذين تراوحت أعمارهم ما بين (الولادة – 18 سنة)، وقد تم اختيار (220) بالطريقة العشوائية البسيطة عن طريق حصر أسماء جميع الأطفال المعوقين عقلياً من خلال الرجوع إلى سجلات مراكز التربية الخاصة الحكومية وغير الحكومية في منطقة عمّان الكبرى.

أداة الدراسة

للتعرّف إلى المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، فقد قام الباحث بتطوير أداة قائمة تقدير لقياس مستويات حدوث هذه المشكلات لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي وفق الخطوات التالية:

أ. اعتمد الباحث على مراجعة أدب الموضوع والدراسات والمقاييس المتعددة والتي أهمها: الصورة الأردنية المعربة لمقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي للسلوك التكيفي الجزء الثاني: – الصورة المدرسية العامة – كذلك اعتمد الباحث في تطوير الأداة على مقياس بيرودوفسكي ورفاقه للعدوان (1986)، وأيضاً قائمة الشطب السلوكية التي قام بتطويرها روس ورفاقه (1965)، ومقياس كونرز للنشاط الزائد (1969).

ب. قام الباحث بإجراء دراسة استطلاعية على عيّنة تكوّنت من (40) أسرة من أهالي الأطفال المعوقين عقلياً والملتحقين بمراكز التربية الخاصة في منطقة عمّان، حيث طلب منهم ذكر أهم المشكلات السلوكية التي يُظهرها أطفالهم المعوقين عقلياً ضمن نطاق الأسرة، ولدى دراسة هذه المشكلات تبيّن للباحث أن أكثر هذه المشكلات تكراراً هي: العدوان، السلوك النمطي، الحركة الزائدة، إيذاء الذات، والانسحاب الاجتماعي (انظر الملحق رقم 1).

ج. وهكذا تكونت الأداة من خمس مشكلات سلوكية شائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة من وجهة نظر الأهالي وهي: العدوان، السلوك النمطي، الحركة الزائدة، وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي، موزعة على (47) فقرة.

د. وضعت تعليمات الإجابة، ودرجات مستوى حدوث كل مشكلة سلوكية في القائمة على النحو التالي: تحدث بدرجة نادرة جداً وقد أعطيت القيمة (1) للإجابة التي تدل على ذلك، تحدث بدرجة قليلة وأعطيت القيمة (2)، تحدث بدرجة متوسطة وأعطيت القيمة (3)، تحدث بدرجة كبيرة وأعطيت القيمة (4)، وأخيراً تحدث بدرجة كبيرة جداً وقد أعطيت القيمة (5).

ومن الجدير بالذكر أنه قد تم التحقق من (صدق الأداة) من خلال عرضها على (10) محكمين متخصصين بالتربية الخاصة والإرشاد والقياس، بالإضافة إلى (7) معلمات ممن لديهن الكفاءة والخبرة في مجال تدريس المعوقين عقلياً، حيث تم قبول الفقرات التي بلغت نسبة اتفاق المحكمين حول ملاءمتها (90٪) فأكثر، وقد تم تعديل الفقرات التي أشير إلى ضرورة تعديلها وحذف الفقرات التي بلغت نسبة اتفاق المحكمين حول ملاءمتها أقل من (90٪).

أما بالنسبة إلى (ثبات الأداة) فإن ثبات الأداة في هذه الدراسة يكون من ثبات المقيمين وقد تم التحقق من ثبات الأداة باستخراج دلالات الثبات باستخدام طريقة الإعادة، وقد بلغ معامل الثبات (0.85)، ويعتبر معامل الثبات هذا مؤشراً مقبولاً لثبات الأداة، مما يبرر استخدامها لغايات هذه الدراسة.

إجراءات الدراسة

بعد إعداد قائمة التقدير، وبعد حصول الباحث على الموافقة من الجهات ذات العلاقة بعملية التطبيق، اجتمع الباحث بالمديرين والأخصائيين الاجتماعيين العاملين في مراكز التربية الخاصة، لمناقشة الاستبانة وفقراتها وما تهدف إلى قياسه، وقام المديرون بدورهم بالالتقاء بأهالي الأطفال المعوقين عقلياً ووزعوا عليهم قائمة التقدير بعد أن وضحوا لهم أهداف الدراسة، وتمت الإجابة عليها بطريقة ذاتية من قبل الأهالي وذلك بعد تزويدهم بالتعليمات الدقيقة والخاصة بطريقة الإجابة، وقد تسلم

الباحث الاستبانات المعبأة بعد أسبوع تقريباً، وبعد الانتهاء من عملية التطبيق تم استبعاد بعض الاستمارات التي تم توزيعها نتيجة لعدم اكتمال بعض المعلومات فيها، ومن ثم تم إدخال البيانات إلى الحاسوب لإجراء العمليات الإحصائية لمعالجة البيانات.

المعالجة الإحصائية

للإجابة عن السؤال الأول، والمتعلق بأكثر المشكلات شيوعاً لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها أهاليهم، فقد تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمشكلات السلوكية الخمس، وللإجابة عن الأسئلة الثلاثة الأخرى المتعلقة بطبيعة العلاقة بين المشكلات التي يواجهها الطفل المعوّق عقلياً ومتغيرات عمر الطفل ودرجة إعاقته وجنسه فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي للإجابة عن السؤالين الثاني والثالث والمتعلقان بطبيعة العلاقة بين مستوى حدوث المشكلات السلوكية وكل من عمر الطفل المعوّق عقلياً ودرجة إعاقته، وللإجابة عن السؤال الرابع والمتعلق بطبيعة العلاقة ما بين مستوى حدوث المشكلات السلوكية وجنس الطفل المعوّق عقلياً فقد تم استخدام اختبار (T-Test).

نتائج الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف إلى المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي، كما حاولت الدراسة أيضاً إيضاح العلاقة بين هذه المشكلات السلوكية وبعض العوامل المحددة المرتبطة بالطفل وهي: عمر الطفل المعوّق عقلياً ودرجة إعاقته وجنسه.

- **النتائج المتعلقة بالسؤال الأول:** للإجابة عن السؤال الأول وهو ما هي المشكلات الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة من وجهة نظر الأهالي؟ فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للمشكلات السلوكية الخمس، وذلك من أجل المقارنة، وبينت نتائج الدراسة أن المشكلات السلوكية الشائعة لدى أفراد عينة الدراسة مرتبة ترتيباً تنازلياً بدءاً بأكثرها حدوثاً وانتهاء بأقلها حدوثاً هي مشكلة الحركة الزائدة تليها مشكلة الانسحاب الاجتماعي، ثم مشكلة

السلوك النمطي، ثم مشكلة العدوان، وأخيراً مشكلة إيذاء الذات حيث كانت أقل المشكلات حدوثاً لدى أفراد العيّنة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: للإجابة عن السؤال الثاني والذي ينص على "ما هي العلاقة بين عمر الطفل المعوّق عقلياً والمشكلات التي يواجهها؟" فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي لبيان وجود أو عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيّر العمر. فيما يتعلق بدلالة الفروقات حسب متغيّر العمر اتضح أن هنالك فروقات ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية بين الفئات العمريّة المختلفة، وقد ظهرت هذه الفروقات في كل من مشكلتي (الحركة الزائدة والسلوك العدواني). وهذه الفروقات لصالح الأفراد من الفئة العمرية من (5-10) سنوات.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: للإجابة عن السؤال الثالث والذي ينص على "ما هي العلاقة بين درجة الإعاقة العقلية لدى الطفل والمشكلات التي يواجهها؟". فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي لبيان وجود أو عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيّر درجة الإعاقة، ففيما يتعلق بدلالة الفروقات حسب متغيّر درجة الإعاقة العقلية اتضح أن هناك فروقات ذات دلالة إحصائية في المشكلات السلوكية بين درجات الإعاقة المختلفة، وقد ظهرت هذه الفروقات في أربع مشكلات هي: (السلوك النمطي، الحركة الزائدة، إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي) وهذه القيم ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) وهذه الفروق جميعاً لصالح الأطفال ذوي الإعاقة العقلية الشديدة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: للإجابة عن السؤال الرابع والذي ينص على "ما هي العلاقة بين جنس الطفل المعوق عقلياً والمشكلات التي يواجهها ؟". فقد تم استخدام اختبار (T-Test) لتحديد دلالة الفروقات في درجات أفراد الدراسة على المشكلات السلوكية بين أفراد الجنسين. ولم تشر نتائج الاختبار إلى وجود فروقات في المشكلات السلوكية بين الإناث والذكور.

التوصيات

في ضوء هذه الدراسة وتفسيراتها يمكن صياغة المقترحات والتوصيات التالية:

1. ضرورة عقد المسؤولين والمهتمين بالأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام والمعوقين عقلياً بشكل خاص دورات تدريبيّة لأهالي الأطفال المعوقين عقلياً من أجل تعليمهم كيفية التعرّف إلى مشكلات أطفالهم، وتقبّلهم كما هم، وتعليمهم إستراتيجيات تعديل السلوك بالطرق العلمية الصحيحة.
2. هناك حاجة ماسة إلى التعرّف إلى الاستراتيجيات العلاجية التي يستخدمها أهالي الأطفال المعوقين عقلياً للحد من المشكلات السلوكية التي يُظهرها أطفالهم وتحديد مدى فاعليتها.
3. إجراء دراسات أخرى حول نفس الموضوع باستخدام متغيّرات من الممكن أن تكون ذات دلالة، مثل عدد الأطفال في الأسرة ووجود إعاقات أخرى مصاحبة للإعاقة العقلية وعوامل أخرى عديدة.
4. إجراء دراسات أخرى حول نفس الموضوع لفئات أخرى من فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة كالمعوقين بصرياً أو سمعياً أو حركياً... الخ للتعرّف إلى أكثر المشكلات السلوكية شيوعاً لديهم.
5. استخدام طرق أخرى غير قوائم التقدير لدراسة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعوقين عقلياً مثل أسلوب الملاحظة المباشرة.

- دراسة الصباح (1993)

أما الصباح (1993) فقد أجرت دراسة هدفت فيها التعرّف إلى مستوى حدوث الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين (عقلياً، سمعياً، بصرياً، حركياً) والملتحقين بمراكز التربية الخاصة في مدينة عمّان، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة ببناء استبيان للانسحاب الاجتماعي وتطبيقه على عيّنة مؤلفة من (300) طفل معوّق. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أعلى مستوى لحدوث مشكلة الانسحاب الاجتماعي كانت لدى الأطفال المعوقين إعاقة عقلية ثم الإعاقة السمعية، ثم الإعاقة البصرية وأخيراً الإعاقة الحركية.

- دراسة الخطيب (1988)

لقد قام الخطيب (1988) بدراسة هدفت إلى إجراء مسح شامل لمظاهر السلوك غير التكيّفي الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة في مدينة عمّان، ولتحقيق ذلك قام الباحث بتطوير قائمة تقدير سلوكية اشتملت على اثني عشر سلوكاً، وبعد تطوير قائمة التقدير تم توزيعها على المعلمين في أربع من المؤسسات الخاصة في مدينة عمّان، حيث قاموا بتقييم مستوى السلوك غير التكيّفي لدى (144) طفلاً وطفلة. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن أكثر مظاهر السلوك غير التكيّفي الاثني عشر انتشاراً مرتبة ترتيباً تنازلياً بدءاً بأكثرها حدوثاً وانتهاء بأقلها حدوثاً كانت كالتالي: النشاط الزائد، السلوك النمطي، الانسحاب، العادات الصوتية غير المقبولة، الاضطرابات النفسية، العادات الشخصية المستهجنة، التمرّد، السلوك غير الاجتماعي، العادات الشاذة، السلوك غير الجدير بالثقة، العنف والتخريب، وأخيراً إيذاء الذات.

- دراسة كيرك وجونسون

كما قام كل من كيرك وجونسون (Kirk & Johnson) بملاحظة سلوك الانسحاب الاجتماعي والعدواني باستخدام الأساليب السيوسومترية لدى عيّنة من الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً، حيث بلغ عدد أفراد هذه العيّنة (689) طفلاً. وقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن ثلثي الأطفال المعوقين عقلياً يتصفون بأنهم منعزلون، في حين أن نسبة الأطفال المرفوضين من قبل الجماعة بين المعوقين عقلياً هو (46.15٪) في حين بلغت تلك النسبة بين العاديين (4.4٪) (عبد الغفار والشيخ، 1988).

- دراسة جرار (1983)

فقد أجرى جرار (1983) دراسة هدفت إلى معرفة أثر كل من متغيري درجة الإعاقة العقلية وعمر الطفل المعوق عقلياً على مشكلة الانسحاب الاجتماعي في البيئة الأردنية باستخدام مقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيّفي بجزايه الأول والثاني. وقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود أثر لمتغير العمر على مشكلة الانسحاب

الاجتماعي، بينما أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة قوية جداً بين درجة الإعاقة ومشكلة الانسحاب الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالدراسات التي تناولت العلاقة بين المشكلات التي يُظهرها الأطفال المعوقين عقلياً ومتغيّر العمر الزمني. فنتائج الدراسات تتصف بالتباين ففي حين وجد شرويدر ورفاقه (Schroeder, et al, 1978) ومستو ورفاقه (Maisto, et al, 1987) ودوكر ورفاقه (Duker, et al, 1986) أن معدّل حدوث المشكلات السلوكية تقل مع تقدّم العمر الزمني للطفل المعوّق عقلياً وجد كل من إيمان وكول (Eyman & Call, 1977) وإيمان ورفاقه (Eyman, et al, 1981) أن المشكلات السلوكية تزداد مع تقدّم العمر للطفل المعوّق عقلياً. ولم يجد أندو ويوشيمورا (Ando & Yoshimura, 1979) أي علاقة بين هذين المتغيرين.

أما بالنسبة لعلاقة المشكلات التي يُظهرها الطفل المعوّق عقلياً بدرجة الإعاقة العقلية لديه، فتدل الدراسات على أن هذه العلاقة قوية جداً حيث إنه كلما ازداد درجة الإعاقة العقلية ازداد معدّل حدوث المشكلات السلوكية لدى الطفل.

أما بالنسبة لعلاقة درجة الإعاقة والمشكلات السلوكية التي يظهرها الطفل المعوق عقلياً: فقد وجد الخطيب (1988) في دراسته التي هدفت التعرف إلى مظاهر السلوك غير التكيّفي الشائعة لدى الأطفال المعوقين عقلياً الملتحقين بمؤسسات التربية الخاصة وعلاقة هذه المظاهر السلوكية بعوامل شخصية مختلفة من ضمنها درجة الإعاقة العقلية. فقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة قوية جداً بين نسبة انتشار مظاهر السلوك غير التكيّفي وبين درجة الإعاقة العقلية التي يعاني منها الطفل.

ومن الدراسات الأجنبية التي أشارت إلى نفس النتيجة نكتفي هنا بذكر دراسات روس (Ross, 1972) وسالاجاراس ونتلبك (Salagaras & Nettelbeck, 1983) ودراسة أندو ويوشيمورا (Ando & Yoshimura, 1979) وإيمان وكول (Eyman & Call, 1973) ومستو ورفاقه (Maisto, et al, 1978) وشرويدر ورفاقه (Schroeder, et al, 1978).

وعلى أية حال فرغم كثرة الدراسات التي أظهرت أثراً كبيراً لدرجة الإعاقة العقلية في المشكلات السلوكية للطفل المعوّق عقلياً، أشارت دراسات أخرى إلى وجود علاقة سالبة بين هذين المتغيرين. فعلى سبيل المثال وجد إيمان ورفاقه (Eyman, et al. 1981) أن المشكلات السلوكية أكثر انتشاراً لدى الأطفال ذوي الإعاقة العقلية البسيطة والمتوسطة من ذوي الإعاقة العقلية الشديدة.

أما فيما يتعلق بعلاقة المشكلات التي يُظهرها الطفل المعوّق عقلياً بمتغير الجنس. فقد وجد ميستو ورفاقه (Maisto, et al. 1978) أن المشكلات السلوكية أكثر شيوعاً بين الذكور منه بين الإناث، ولقد توصّلت الدراسات التي أجراها كل من إيمان وكول (Eyman & Call, 1977) ودونغهو وأباس (Donoghue & Abbas, 1971) ودوكر ورفاقه (Duker, et al, 1986) إلى نتائج مشابهة. كذلك وجد سالاجاراس ونيتلبك (Salagarns & Nettelbeck, 1983) علاقة قويّة بين الجنس والسلوك غير الاجتماعي والنشاط الزائد وإيذاء الذات، فلقد وجد هذان الباحثان أن الذكور يُظهرون سلوكاً غير اجتماعي ونشاطات زائدة أكثر من الإناث، بينما تبدي الإناث نسبة عالية من إيذاء الذات مقارنةً بالذكور. أما ويبر وايبستاين (Weber & Epstein, 1980) فلم يجدا فروقاً ذات دلالة بين الجنسين في المشكلات السلوكية الشائعة.

ويعود هذا التباين في نتائج الدراسات المتعلقة بالمشكلات السلوكية إلى عوامل متعددة منها: المعايير المستخدمة لتحديد المشكلة السلوكية وتعريفات الباحثين لهذه الأنماط السلوكية إضافة إلى العوامل الشخصية وعوامل عديدة أخرى تؤثر في مستوى حدوث المشكلات السلوكية لدى الأطفال المعوقين عقلياً، ولا شك في أن عدم دراسة هذه العوامل سيخفي الكثير من مصادر التباين في مستوى المشكلات السلوكية التي يُظهرها الأطفال المعوقين عقلياً.

مراجع الفصل الثالث

المراجع العربية

- أدكيدك، علا جمعة. (2002)، اتجاهات الوالدين نحو وجود طفل معاق عقلياً لأسر ذات طفل معاق عقلياً في شرقي القدس، رسالة ماجستير غير منشورة، القدس.
- الإمام، محمد صالح. (1999)، نعم لتنمية ذوي الاحتياجات الخاصة: لا للشفقة، سلسلة محاضرات بإدارة التدريب بمديرية التربية والتعليم بمحافظة الدقهلية، المنصورة، القاهرة.
- جرار، جلال، (1983)، تطوير معايير أردنية لمقياس الجمعية الأمريكية للسلوك التكيّفي بجزأيه الأول والثاني في صورة أردنية معدّلة للبيئة الأردنية. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمّان، الأردن.
- جبيل، سمية طه. (1998)، التخلف العقلي، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية، مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- الحديدي، منى والخطيب، جمال. (1996)، أثر إعاقة الطفل على الأسرة. مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 31، 1-23.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى والسرطاوي، عبد العزيز. (1992)، إرشاد أسر الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن، دار حنين.
- الخطيب، جمال. (1988) المظاهر السلوكية غير التكيفيّة الشائعة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً الملتحقين بمدارس التربية الخاصة – دراسة مسحية. مجلة دراسات، المجلد (15)، العدد (8)، ص163-186.
- راضي، فوقية. (2000)، الضغوط النفسية والحاجات الإرشادية لأخوة المتخلفين عقلياً، المؤتمر السنوي لطلبة التربية، نحو رعاية نفسية وتربوية أفضل لذوي الاحتياجات الخاصة، كلية التربية، جامعة المنصورة، 4-5 أبريل.

- الريحاني، سليمان. (1985)، التخلف العقلي، الطبعة الثانية، الأردن: مطابع الدستور التجارية.
- سالم، ياسر. (1994)، رعاية ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى، الأردن، جامعة القدس المفتوحة.
- سيلجمان ودارلنغ. (2000)، إعداد الأسرة والطفل لمواجهة الإعاقة، مصر، ترجمة إيمان فؤاد الكاشف، دار قباء للنشر والتوزيع.
- السرطاوي، عبد العزيز. (1987) اتجاهات طلاب كلية التربية بجامعة الملك سعود نحو المتخلفين عقلياً، السعودية، مركز البحوث التربوية، جامعة الملك سعود.
- الصباح، سهير. (1993)، الانسحاب الاجتماعي لدى الأطفال المعوقين، الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- عبد الغفار، عبد السلام والشيخ، يوسف محمود. (1988)، سيكولوجية الطفل غير العادي، سوريا، المطبعة الجديدة.
- العدامي، سمر. (1994)، الصحة النفسية لدى أطفال أخوة المعاق عقلياً، الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- طعيمه، فوزي والبطش، محمد وليد. (1984)، اتجاهات ومفاهيم الوالدين حول الإعاقة العقلية بالأردن، مجلة دراسات، العدد (6) مجلد (11) الجامعة الأردنية.
- القريطي، عبد المطلب. (1992)، دراسة لاتجاهات طلاب الجامعة نحو المعوقين وعلاقتها ببعض المتغيرات، المؤتمر الثامن لعلم النفس في مصر، أبريل.
- القمش، مصطفى. (2006)، مشكلات الأطفال المعوقين عقلياً داخل الأسرة كما يراها الأهالي وعلاقتها ببعض المتغيرات: دراسة مسحية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والنفسية، المجلد (18) العدد 2.
- القمش، مصطفى والمعايطة، خليل. (2010)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الثالثة، الأردن، دار المسيرة.

- الكبيسي، راضي. (2000)، اتجاهات الأبناء نحو آبائهم الموقين، الطبعة الأولى، الأردن، دار الفكر.
- الحامد، شاكر. (2003)، علم النفس الاجتماعي، الطبعة الأولى، الأردن، مركز فريد، دار المدى للخدمات.
- مسعود، وائل. (1987)، أثر الإعاقة على التكيف الأسري، الأردن، ورقة عمل قدمت إلى مركز البحث والتطوير التربوي، جامعة اليرموك.
- المعايطة، خليل. (2007)، علم النفس الاجتماعي، الطبعة الثانية، الأردن، دار الفكر.
- المشاوي، عادل. (1987)، العلاقة بين اتجاهات الآباء والأخوة والمدرسين نحو المتخلفين عقلياً وتقديرهم لذواتهم، مصر، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الإسكندرية.
- يحيى، خوله. (1999)، المشكلات التي يواجهها ذوو المعاقين عقلياً وسمعياً وحركياً الملتحقين بالمراكز الخاصة بهذه الإعاقات، دراسات العلوم التربوية، المجلد 26 العدد 1.
- يحيى، خوله احمد ماجدة السيد عبيد. (2004)، الإعاقة العقلية، الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع.
- يحيى، خوله. (2009)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن: دار الفكر.

المراجع الأجنبية

- Daily, Ann Bing hmo & smith stphen (2000) .intervention in school and clinic .vole 3, issue5, pp294-297.
- Bruce, Elizabeth (2001), **parental grief and adjustment to a child with disability** . department of human services ,website, pp 1 -11.
- Griffiths., Dianelynn., Unger., Donald G., (1994). Views About Planning For The Future Among Parents And Siblings of Adults With Mental Retardation Family Relations, Vol. 43, Issue 2.

Hallahan, D. Kauffman, J. (1991). **Exceptional Children: Introduction To Special Education**, Prentice-Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A.

Hannah, Mary, E., Midlarsky, Elizabeth (1999). Competence and adjustment of siblings of children with Mental Retardation. **American Journal on Mental Retardation**, V.104 n1 p 22-37.

Hanna , s. m. and brown , j. h. (1995). **The practice of family therapy– key Cincinnati**, oh ; brooks \Cole.

Hanold, E.J.,(1989). **The forgotten Children Siblings of the Handicapped: A family Systems perspective**, Phd, Dissertation, New York University.

Lawenius ,M (1988). Relations with a mentally handicapped child. **International Journal of special Education** ,3, (1) p 113-120 .

Marsh. D.T.(1992). **Families and Mental Retardation one Madison**

Avenue. New York.

Mcdonald, T & Gregoire, K, (1997). Building a model of family caregiving for children with emotional disorders. **Journal of Emotional Behavioral Disorders**, Ed.2, Vol.5. Issue 3, pp. 138-149.

McHale. S. M., Sloan. J., & Simeonsson. R. J. (1986). Sibling Relation ships of children with Autistic, Mentally Retarded, and Non handicapped Brothers and sisters, **Journal of Autism and Developmental Disorders**,V. 16,4, pp.139-153.V. 19, 4 pp.399-413.

Meyer, D. J., & Vadasy, P.F. (1994). **Sibshops: Workshops for siblings of children with special needs**. Baltimore: Brookes. Networker,41- 47.

Rimmerman, A (2001). Involvement with And role Perception Toward An Adult Siblings with and without Mental retardation **Journal of Rehabilitation**, Vol. 67, (2) pp. 11-16.

SCDDSN (2004). Familly Matters: A guide For People With Development Disabillities. Available On: **http://www.state.sc.us/ddsn/pubs/matters.htm**

Seltzer, G. B. Begun, A (1991). Adults with mental retardation & their aging mothers: Impacts of Siblings, **Family Relations**, Jul, Vol. 43 Issue 3.

Seltzer, M. M., Greenberg. J. S., Krauss, M. W., & Hong. J.(1997). Predictors and outcomes of the end of co-resident caregiving in aging families of adults with Mental Retardation or Mental illness **Family Relations**, 46, 13-22.

- Tumbull & Turnbull, (1997). **Families, Professionals, And Exceptionality**. Merrill Publishing Company. U.S.A.
- Wasserman, R (1983). Identifying the counseling needs of the siblings of mentally retarded children. **The personnel and Guidance Journal** New York pp. 622-627.
- Zetlin, A.G., (1986). Mentally Retarded adults and their sibling **American Journal Of Mental Deficiency**, 91, 3, 217-225.

البرامج التربوية وأساليب التدريس الفعالة والمعلم الفعال للمعوقين عقلياً

- مقدمة
- البرامج التربوية للمعوقين عقلياً
- توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً
- البرامج التربوية الفردية للمعوقين عقلياً
- تحديد مستوى الأداء الحالي للطالب المعوق عقلياً
- التدريس الفعّال للمعوقين عقلياً
- خصائص معلم الطلاب المعوقين عقلياً الفعّال
- أساليب التدريس الفعالة للطلاب المعوقين عقلياً
- أسلوب دمج الطلاب المعوقين عقلياً
- عناصر عملية الدمج للطلاب المعوقين عقلياً
- أنواع الدمج
- أهداف الدمج التربوي وغاياته
- إيجابيات الدمج
- سلبيات الدمج
- الأسس التي يجب مراعاتها في التخطيط لعملية دمج الطلاب المعوقين عقلياً
- دراسات تناولت الأساليب التدريسية الفعالة في تدريس الأطفال المعوقين عقليا
- مراجع الفصل الرابع

الفصل الرابع

البرامج التربوية وأساليب التدريس الفعالة والمعلم الفعال للمعوقين عقلياً

مقدمة

من المعروف أن المعوقين عقلياً يفضلون القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها وأتقنوها فهم لا يفضلون التغير في المواقف اليومية أو الحياتية وهم ميالون إلى تكرار النمط السلوكي الذي يعتادون عليه.... فالعمل المتكرر (الروتين) الذي يزعج الأفراد غير المعوقين لا يؤدي إلى نفس درجة الإزعاج عند المعوقين... وهذا يعني أن النمط السلوكي اليومي الذي يقومون به في المنزل أو العمل من الأفضل أن يوفر لهم بشكل ثابت بالقدر الممكن... لأنه يسهل عليهم القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها من دون الحاجة إلى تدريب جديد... أي أن تدراتهم على نقل التعلم أو التدريب من موقف إلى آخر ليست بالسهولة أو المرونة التي يحققها غير المعوق. (Hallahan & Kauffman, 1991).

البرامج التربوية للمعوقين عقلياً

تقدم المدارس والمؤسسات القائمة على تربية وتعليم الأطفال المعوقين عقلياً، برامج تربوية مختلفة في مستواها وفي طبيعتها من مرحلة دراسية إلى أخرى، وذلك حسب عمر الطفل ودرجة نموه الأكاديمي. هذا وتوجد خمسة مستويات رئيسية من البرامج التعليمية الخاصة بالمعوقين عقلياً هي:

أ. برامج ما قبل المدرسة من (3-6) سنوات.

ب. برامج المرحلة الابتدائية من (6-10) سنوات.

ج. برامج المرحلة المتوسطة من (10-13) سنة.

د. برامج المرحلة الثانوية من (13-20) سنة.

هـ. برامج ما بعد المدرسة بعد (20) سنة.

أ. برامج ما قبل المدرسة

تتراوح اعمار الأطفال في برامج ما قبل المدرسة فيما بين (3-6) سنوات زمنية. وتعتبر البرامج الخاصة بالأطفال القابلين للتعلم في هذه المرحلة قليلة جداً، إذا ما قورنت ببرامج الأطفال العاديين، وذلك بسبب الصعوبة في التعرف على الأطفال المعوقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر.

وتركز البرامج التعليمية في هذه المرحلة على تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية، ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضاً على هذه المهارات، ويحتاج التدريب عليها سنة واحدة في حين يحتاج الأطفال القابلين للتعلم إلى فترة سنتين أو ثلاث سنوات لتعلم هذه المهارة، ويذكر كوفمان (Kauffman) أن التدريب في برامج ما قبل المدرسة يشمل مجموعة من المهارات أهمها: (Kauffman, 1981, p: 301)

1. الجلوس بهدوء والانتباه للمعلم.
2. تميز المثيرات السمعية والبصرية.
3. إتباع التعليمات.
4. التناسق في الحركات الدقيقة والكبيرة (مسك القلم، استخدام المقص).
5. تنمية اللغة.
6. تنمية مهارات العناية بالذات (ربط الحذاء، التزرير، استخدام الحمام).
7. التفاعل مع الأقران ضمن مجموعات.

وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر مرحلة مناسبة لاشتراك الأهل في تربية اطفالهم، كما أن الأمهات يستطعن أن يكن مدرسات ناجحات

لأطفالهن في هذه المرحلة، خاصة أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو صعوبة معينة.

ب. برامج المرحلة الابتدائية

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة الابتدائية فيما بين (6-10) سنوات زمنية، ويلتحق معظم الأطفال القابلين للتعلم في الصف الأول الابتدائي في سن السادسة، إلا أنهم يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف، وذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية في هذه المرحلة فيما بين (4-6) سنوات، وعلى الرغم من أنهم يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكنهم من دراسة المناهج في مستوى المرحلة الابتدائية، إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس، وتطوير عدد من المفردات والعادات الصحية السليمة، ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء أداء العمل أو اللعب، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة في مستوى أطفال مرحلة الروضة من العاديين. بشكل عام فإن برامج هذه المرحلة تعتبر استمراراً لبرامج مرحلة ما قبل المدرسة، للتدريب على تنمية المهارات الأساسية (مهارات التواصل، العمليات الإدراكية، الاعتماد على النفس، والمهارات الاجتماعية) (Kauffman, 1981, P: 305).

ج. برامج المرحلة المتوسطة

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة المتوسطة فيما بين (10-13) سنة زمنية، في حين تتراوح أعمارهم العقلية ما بين (6-8) سنوات. ونجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يصلون إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع بسبب نظام النقل التلقائي، إلا أنهم يفشلون بعد ذلك في النجاح الأكاديمي والانتقال إلى الصفوف العليا، مما يستلزم وضعهم في فصول أو مدارس خاصة.

وتركز برامج المرحلة المتوسطة على النشاطات والجوانب الأكاديمية، مثل مهارات القراءة والكتابة والحساب، وتنمية العمليات العقلية كالتميز والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير المفاهيمي.

هذا ويلخص الريحاني (1985) الأهداف الأساسية لتعليم القابلين في هذه المرحلة بما يلي:

1. تنمية المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة، والتهجئة، والحساب، مع الأخذ بالاعتبار أن الطفل لا يحتاج إلى هذه المهارات إلا بالقدر الذي يساعده في حياته المهنية والاجتماعية.
2. التكيف مع البيئة المادية عن طريق التعرف على طرق المواصلات وجغرافية المنطقة المحيطة به، ومراكز الخدمات المختلفة التي يحتاجها كالمحلات التجارية، وأقسام الشرطة، والمصانع، والحدائق العامة، والأندية، ويتم تحقيق ذلك عن طريق الرحلات أو الزيارات الميدانية.
3. التكيف مع البيئة الاجتماعية، وذلك بتنمية قدرته على المشاركة والتعاون وتحمل المسؤولية وإتباع العادات والتقاليد الاجتماعية.
4. التكيف مع البيئة الشخصية، وذلك بتنمية العادات الصحية السليمة والمحافظة على النظافة وتجنب مصادر الخطر سواء في التنقل أو في العمل، بالإضافة إلى تنمية الشعور بالنجاح والأهمية واحترام الذات وتقديرها والشعور بالأمن الاطمئنان، وهي جميعها مظاهر للصحة النفسية. (الريحاني، 1985، ص: 288).

د- برامج المرحلة الثانوية

في المرحلة الثانوية يكون المعوق عقلياً قد تراوح عمره الزمني فيما بين (13-20) سنة، وتمثل هذه المرحلة نهاية التعليم المدرسي الرسمي وتهدف إلى استكمال إعداد الفرد المعوق ليكون عضواً نافعاً في مجتمعه محققاً درجة ملائمة من الاستقلالية والتكيف. ولتحقيق ذلك فإن البرنامج التعليمي يركز بشكل خاص على تدريب الفرد على المهارات المهنية (التدريب المهني). ويتم تعزيز برنامج التدريب المهني من خلال التدريب على المهارات الاستقلالية والمهارات الاجتماعية الملائمة لجنس المعوق في هذه المرحلة العمرية. وتشمل المهارات المهنية:

- إتقان مهنة محددة تتوافق مع ميول وقدرات المعوق عقلياً.
- مهارات البحث عن وظيفة.

- التقدم بطلبات التوظيف والسلوك أثناء المقابلة.
- السلوك المهني المرغوب فيه ومهارات الحفاظ على الوظيفة.

أما في جانب المهارات الاستقلالية فيتم التدريب على:

- العناية بالذات والصحة العامة وتنظيف المنزل.
- اختيار الملابس المناسبة والمحافظة على جمال المظهر.
- إعداد وجبات الطعام الخفيفة.
- مهارات التسوق.
- ضبط الميزانية الشخصية والادخار.
- الاستفادة من التسهيلات والخدمات المختلفة في البيئة المحيطة.
- استثمار وقت الفراغ والنشاطات الترفيهية.
- تكوين الأسرة وإدارتها.

أما في مجال المهارات الاجتماعية فيتم التأكيد على المهارات التالية:

- مهارات التفاعل اللفظي.
- إقامة العلاقات والصداقات الاجتماعية.
- أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة للفرد في مثل هذا السن.
- تعزيز مفهوم الهوية (معرفة المشاعر والميول والرغبات).

وأخيراً فإن برامج المرحلة الثانوية تؤكد على فهم الصحة النفسية الجسمية يتضمنه هذا الفهم من إتباع القواعد الصحية السليمة بالإضافة إلى تقبل الذا والشعور بالأمن والاطمئنان (سيالم وآخرون، 1987، ص: 125).

هـ. برامج ما بعد المدرسة

يفترض في الملتحقين ببرامج ما بعد المدرسة من المعوقين عقلياً القابلين للتعا أن يكونوا قد انتهوا من الدراسة الأكاديمية التي تتناسب مع قدراتهم، وتدربوا عل مهارات الاستعداد المهني، وحصلوا على قدر كاف من المهارات الاجتماعية ال تؤهلهم للتفاعل المباشر مع الحياة العامة. ويتم تنفيذ برامج ما بعد المدرسة عادة

ورش محمية، تحت إشراف إدارة التأهيل المهني التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية في معظم بلاد العالم، ويقدم خلالها برنامج تأهيلي، حيث تدريب الطالب على مهمة أو حرفة تتناسب مع قدراته وميوله. وبعد إتمام فترة التدريب بالنسبة للطالب على مهنة، يتم إلحاقه للعمل في مصنع أو مؤسسة، ثم تقوم الجهات المعنية بمتابعته للتعرف على الصعوبات أو المشاكل التي قد يواجهها، ومحاولة مساعدته في التغلب عليها، كما تتم دراسة مدى إجادته للمهارات التي يتطلبها العمل، ومدى تكيفه مع ظروف العمل ومع الزملاء والرؤساء.

ولقد ذكر سميث (1971) أن البرامج المهنية في مرحلة ما بعد المدرسة تتألف من خمسة أوجه هي:

- الوجه الأول: الكشف المهني (Vocational Exploration): وفيه يتم تعريف الطالب بمجموعة متعددة من المهن والمهارات التي تتطلبها كل مهنة، كي يصبح على ألفة بطبيعة كل مهنة.
- الوجه الثاني: تقييم المهنة (Vocational Evaluation): وهذا الوجه يتضمن تعريض الطالب لخبرات ومهارات عمل مختلفة وذلك بهدف التأكد من قدراته وميوله المهنية.
- الوجه الثالث: التدريب المهني (Vocational Training): ويهدف هذا إلى تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله الطالب، وعادة ما يصل الطالب إلى مستوى نصف المهارة، حيث يتم التدريب تحت إشراف مدرب متخصص في مجال التربية الخاصة.
- الوجه الرابع: التوظيف (Vocational Placement): ويتعلق هذا الوجه بإيجاد عمل للطالب بعد تخرجه.
- الوجه الخامس: المتابعة (Follow up): وتتعلق المتابعة بتقديم الإرشادات والتوجيهات للمتخرج أثناء أدائه العمل، كذلك العمل على مساعدته في حل المشاكل أو الصعوبات التي قد تواجهه أثناء العمل. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 73).

توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم الموقين عقلياً

لا بد للمربين العاملين مع المعوقين عقلياً أن يتذكروا دائماً أبرز الخصائص المميزة للمعوقين عقلياً، خاصة ذات الصلة المباشرة في القدرة على التعلم وتكييف المواد والأساليب التعليمية المقدمة لهم على ضوء تلك الخصائص. ولقد سبق وتمت الإشارة إلى أبرز الخصائص التعليمية للمعوقين عقلياً كضعف الذاكرة والانتباه، وبطء معدل التعلم، وانخفاض مستوى الدافعية، والتوقع العالي للفشل.

وفيما يلي مجموعة من التوجيهات العامة للمعلمين، تهدف إلى تسهيل عملية تعلم المعوقين عقلياً والوصول بهم إلى أقصى اداء ممكن.

1. **التدرج في المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل:** يجب أن ينظم الموقف التعليمي بحيث يتيح أكبر فرصة ممكنة للنجاح، مساعدة المعوق عقلياً على التغلب على مشكلة توقع الفشل، الناجمة عن تراكم خبرات الإحباط. وينصح دائماً بالبدء في تعليم المهمات الأسهل، ومن ثم الانتقال إلى المهمات الأكثر صعوبة. وتتضمن المهمة الواحدة في العادة مهمات فرعية يتطلب أداؤها مهارات مختلفة، مما يجعل تعلم تلك المهمة عملية صعبة بالنسبة للمعوق عقلياً. لذا فعلى المربي أن يقوم بتجزئة مثل تلك المهمة إلى أجزائها الفرعية، وفق تسلسل أدائها، ومن ثم القيام بملاحظة أداء المعوق للمهمة قبل التدريب وتحديد الأجزاء التي لا يتقنها تمهيداً لتدريبه على أدائها تدريجياً. ويعرف هذا الأسلوب المستند إلى النظرية السلوكية في التعلم بأسلوب تحليل المهمة.

2. **تقديم المساعدة في الأداء ومن ثم تخفيفها بشكل تدريجي:** على المربي أن يقدم للطفل المساعدة اللازمة للتوصل إلى الاستجابة الصحيحة حيثما برزت حاجة الطفل لذلك. وتختلف طبيعة المساعدة اللازمة من موقف إلى آخر، ففي بعض الأحيان قد تكون الإشارات اللفظية كافية كإعطاء دليل أو مؤشر على الإجابة أو إعادة صياغة التعليمات أو وصف الخطوة الأولى في السلوك المطلوب أو الإيماءات المختلفة، وفي حالات أخرى يتطلب الموقف تقديم مساعدة جسدية في الأداء مثل مسك يد الطفل أثناء الكتابة أو ارتداء الملابس. ويتم تخفيف المساعدة بشكل

تدريجي أثناء التعليم إلى أن يتم إتقان ارتداء الملابس بنجاح دون مساعدة أو بأقل درجة ممكنة منها.

3. **التكرار:** للتغلب على مشكلة بطء التعلم وصعوبات الذاكرة على المعلم أن يقوم بتكرار التعليم لضمان إتقان الطفل للمعلومات أو المهارة التي هو بصدد تعليمها. وحتى لا يكون ذلك التكرار مملاً، على المعلم أن يراعي أن يكون التعليم بفترات متقطعة.

4. **تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من المشتتات:** للمساعدة في تحسين قدرة الفرد المعوق عقلياً على الانتباه أثناء الموقف التعليمي، يجب الإقلال قدر الإمكان من المثيرات المشتتة للانتباه،وإبراز العناصر الأساسية في المهمة التعليمية، وجعل فترة التدريب قصيرة بحيث لا تزيد عن(15-20) دقيقة. حتى لا يصاب الطفل بالإرهاق الذي يؤدي بدوره إلى زيادة قابلية الطفل للتشتت. (القريوتي وآخرون، 1995).

5. **التعزيز للاستجابة الصحيحة:** تشير الدراسات المختلفة إلى أن التعزيز أو المكافأة على الاستجابة أو السلوك المرغوب فيه يؤدي إلى تعليم المعوقين القيام بتلك الاستجابات بشكل أسرع مقارنة مع غياب التعزيز... وهذا يعني أنه من المفيد حين يقوم المعوق عقلياً بالفعل الصحيح أو السلوك الذي نرغب فيه أن نقدم له مكافأة على ذلك وهذه المكافأة قد تكون شيئاً مادياً، مثلاً حلوى، نقود أو قد تكون تعزيزاً معنوياً مثل المديح أو اجتماعياً كأن نسمح له أن يلعب مع الآخرين.

6. **تعليم مفهوم واحد في المرة الواحدة:** من الصعب تعليم المعوقين عقلياً أكثر من مفهوم أو مهارة واحدة في الوقت الواحد، كذلك فإن المعوق عقلياً يصعب عليه الاستيعاب إذا أعطيت له تعليمات مختلفة في وقت واحد.

7. **توفير الدافعية اللازمة للتعلم:** من المفيد خلق أو توفير الدافعية عند المعوق في عملية التعلم، والتي قد تتأثر بطبيعة المواد المستعملة في التدريب او التعلم، ومدى قدرتها على التشويق، كذلك مدى ما يتعرض له الطفل من نجاح في عملية التعلم،

كذلك، قصر فترة التعليم وأيضاً شخصية المعلم وطبيعة تعامله مع الطفل ومدى تقبله للطفل المعوق.

8. **انتقال اثر التعليم الإيجابي**: عندما يتعلم أو يتدرب الطفل على مهارة معينة، فمن المفيد أن نوفر له المجال لنقل او تطبيق هذا التعلم إلى مجال آخر، اي لتعميم المهارة التي تعلمها أو تدرب عليها في المجالات الأخرى المشابهة.

9. **الثبات في السلوك (الروتين)**: بمعنى أن قدرة الأطفال على نقل التعلم أو التدريب من موقف إلى آخر ليست بالسهولة أو المرونة التي يحققها غير المعوق.

البرامج التربوية الفردية للمعوقين عقلياً

مفهوم التعليم الفردي

يقصد بالتعليم الفردي تطوير منهاج خاص لكل طفل معوق على حدة والذي يضم الأهداف التعليمية والأساليب التي سيتم استخدامها لتحقيق تلك الأهداف والمعايير التي سيتم اعتمادها للحكم على فاعلية أداء التلميذ، فهو ضروري للتلاميذ ذوي التخلف العقلي والتلاميذ ذوي الإعاقات الحسية والجسمية والتعليمية/ السلوكية. والبرنامج التربوي الفردي لا يعني بالضرورة أن يقوم المعلم بتدريس طفل واحد في الوقت الواحد ولكنه يعني تحديد الأهداف التعليمية الخاصة بكل طفل على حدة وذلك في ضوء حاجاته الخاصة ومصادر القوة في أدائه وجوانب الضعف لديه.

نماذج للبرامج التربوية الفردية

الخطة التربوية الفردية لتحديد مستوى أداء الطلبة المعوقين عقلياً

تقوم الخطة التربوية الفردية على افتراض مفاده ضرورة التعامل مع التلميذ بوصفه ذا خصائص فريدة لأنه ليس مقبولاً التعامل مع التلاميذ كمجموعة متماثلة أو أنهم متشابهون...، توضع لكل تلميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة وتشمل كل ما سيقدم للتلميذ وتكون بمثابة دليل لما يتبع معه من إجراءات تبنى ، ويتم تطويرها انطلاقاً من أهداف المنهاج ومن الخطة العامة للصف بأكمله من جهة، وفي ضوء وصف المستوى الحالي لأداء التلميذ وتقويمه من النواحي الطبية والتربوية والاجتماعية وتحديد نقاط القوة والضعف لديه.

المفهوم الإداري: هو وثيقة مكتوبة لغرض التواصل والتنسيق الإداري بين أطراف العملية التعليمية (التلميذ، فريق العمل المدرسي، الأسرة) والأفراد والجهات المنصوص عليها في برنامج التلميذ.

المفهوم التربوي: هو وصف مكتوب لجميع الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تقتضيها احتياجات كل تلميذ من ذوي الاحتياجات الخاصة - مبني على نتائج التشخيص والقياس - ومعد من قبل فريق العمل في المؤسسة التعليمية.

العناصر التي تتكون منها الخطة التربوية الفردية

الخطة الفردية تشتمل على العناصر الآتية:

1. الأهداف المختلفة السنوية والتعليمية يجب أن تكون مصاغة بعبارات سلوكية تسمح بالتنبؤ بتحسن أداء التلميذ والحكم على فاعلية البرنامج المقدم له.
2. المهارات القوية لدى التلميذ والمهارات التي تحتاج إلى تحسين.
3. الاستراتيجيات أي المبادئ والأسس والقواعد التي تسهل عملية اكتساب ومعالجة المعلومات والطرق والإجراءات التي هي الأساليب المحددة المستخدمة في تعليم التلميذ.
4. التكيفات وتعني التجهيزات وكل ما يجب أن يقدم للتلميذ من أدوات أو وسائل تساعده في تطبيق ما تعلمه.
5. المواد وتتضمن الكتب والمجلات والمواد السمعية والبصرية والنشرات والبطاقات المساعدة ومنها ما يتوفر بشكل جاهز ومنها ما يقوم المعلم بإعداده.
6. التقييم والمراجعة المستمرة للخطة في ضوء الأهداف طويلة المدى (السنوية) والأهداف قصيرة المدى (التعليمية).
7. تحديد التواريخ المتعلقة ببدء تقديم الخدمات والمدة اللازمة لتنفيذها والأوقات المعينة لأداء المهمات المختلفة
8. معلومات إضافية مثل خصائص التلميذ وأسلوبه في التعلم.

محتويات الخطة التربوية الفردية

تنقسم محتويات الخطة التربوية الفردية إلى قسمين رئيسيين هما:

أولاً: المعلومات الشخصية عن التلميذ.

ثانياً: عناصر الخطة التربوية الفردية وهي:

1. وصف الأداء الحالي للتلميذ.
2. تحديد الأهداف بعيدة المدى والأهداف قصيرة المدى.
3. تحديد الخدمات التربوية والخدمات المساندة.
4. تحديد بداية ونهاية الخدمات المطلوب تقديمها للتلميذ.
5. تحديد البدائل المكانية التربوية الملائمة وأساليب تقديم الخدمة للتلميذ.
6. تحديد المعايير الموضوعية لقياس الأداء، وتحديد إجراءات تقويم الخطة ومواعيدها الدورية (يومية، أسبوعية، شهرية، سنوية).
7. تحديد المشاركين في الخطة التربوية الفردية.
8. تحديد المستلزمات التعليمية وغير التعليمية (أدوات، مواد، وسائل). هذه المعلومات والمعلومات القادمة قدمت في ورش عمل ودورات نفذناها سابقاً وهذه المعلومات معده من قبل قسم التربية الخاصة في محافظة الرس. وللحديث بقية.

خصائص الخطة التربوية الفردية

1. فردية: تصمم لتلميذ واحد بعينه.
2. تعاونية: مع الأسرة والمدير والمرشد الاجتماعي والموجه التربوي..
3. مرنة: تناسب النشاطات التي تقتضيها الأساليب والاستراتيجيات المقترحة.
4. متوازنة: تبنى على جوانب الضعف والقوة لدى التلميذ.
5. مستمرة: قابلة للتعديل والمراجعة كلما دعت الحاجة، ويمكن إضافة إستراتيجيات جديدة وتعديل أو إلغاء إستراتيجيات أخرى معتمدة من هذه الخطة في ضوء عملية التقييم المستمرة لها.

أهمية الخطة التربوية الفردية للطلبة المعوقين عقلياً

تكمن أهمية الخطة التربوية الفردية في أنها:

1. تمثل وثيقة تؤكد على توحيد جهود أعضاء الفريق الذي يعمل مع التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة كلهم.
2. تقدم الضمان الكافي لإشراك الأهل في عملية تعلم ابنهم ليس بوصفهم مصدراً للمعلومات بل أعضاء فاعلين جنباً إلى جنب مع فريق العمل في المدرسة.
3. تحدد وتبين بوضوح مسؤوليات كل فرد يقدم خدمات تعليمية أو تدريبية للتلميذ.
4. تعمل كمرجع وكمحك للمساءلة عن مدى ملاءمة وفاعلية الخدمات المقدمة للتلميذ.

تحديد مستوى الأداء الحالي للطالب المعوق عقلياً

إن حجر الزاوية في عملية التربية الخاصة هو تحديد مستوى الأداء الحالي للطفل، ومن دون ذلك قد تكون الأهداف غير مناسبة لقدرات الطالب الحقيقية وفي هذا الشأن على المعلم والمعلمة مراعاة ما يلي:

1. يجب وصف تأثير الإعاقة على أداء الطالب في النواحي المختلفة الأكاديمية (كالقراءة، والحساب، والتواصل)، والنواحي غير الأكاديمية (كالتنقل المستقل، والمهارات الحياتية اليومية).
2. يجب وصف مستوى الأداء بكل دقة ووضوح، وذلك يشمل تفسير النتائج (نتائج الاختبارات التي أعطيت للطالب بشكل واضح).
3. يجب أن تكون هنالك علاقة مباشرة بين مستوى الأداء الحالي للطالب وعناصر البرنامج التربوي الفردي بما فيها الأهداف بعيدة المدى وقصيرة المدى.

مصادر تحديد الأهداف التعليمية

هنالك مصدر أساسي لتحديد الأهداف التعليمية وهو:

المنهاج: فمن خلال تحليل محتوى المنهج بما في ذلك النشاطات اللامنهجية يستطيع المعلم أو المعلمة تحديد النواحي المختلفة الأساسية وصياغة الأهداف العامة لكل من هذه المحتويات.

أهمية الأهداف التعليمية

لقد أشرنا في المقدمة إلى أن المبدأ الأساسي الذي تقوم عليه التربية الخاصة هو تصميم وتنفيذ البرامج التربوية الفردية، ولعل أهم عنصر في الخطة التربوية الفردية هو ذلك المتعلق بالأهداف التربوية طويلة المدى والأهداف قصيرة المدى فالأهداف الواضحة المحددة تساعد المعلم أو المعلمة في اختيار الإجراءات التعليمية المناسبة بشكل منظم وإذا لم تكن جهود المعلم أو المعلمة موجهة بشكل منظم نحو تحقيق أهداف محددة وذات أهمية بالنسبة للطالب أو الطالبة فالنتائج لن تكون مرضية. فالأهداف التعليمية تخدم وظائف كثيرة منها:

1. إنها تعمل بمثابة موجه لاختيار محتوى التدريس وتسلسل المحتوى وتحديد الإجراءات التعليمية، فدون تحديد الأهداف بوضوح ودقة فليس هناك أساس ينطلق منه المعلم أو المعلمة في تحديد المواد التعليمية أو المحتوى التعليمي (فإذا لم نكن نعرف إلى أين نريد الوصول فمن الصعب أن نختار الطريق والوسيلة المناسبة التي ننتقل بها).
2. الأهداف تعمل بمثابة معايير لتقويم تحصيل الطالب وتقدمه. فدون تحديد الهدف المنشود لن تستطيع أن تقرر بموضوعية ما إذا كان الطالب أو الطالبة قد حقق/ حققت الأهداف كما يجب أو لا.
3. تساعد الأهداف التعليمية الواضحة الطالب أو الطالبة على تنظيم جهوده على نحو يؤدي إلى تحقيق تلك الأهداف (فمن يعرف إلى أين يريد الوصول أكثر قدرة على اتباع الخطوات المناسبة للوصول).

4. الأهداف تعمل بمثابة معايير لتقويم فاعلية طرائق التدريس المستخدمة، فتحديد الأهداف يحض المعلم أو المعلمة على التفكير بوضوح وبجدية حول الأهداف التعليمية القيمة التي تستحق الجهد والوقت.

صياغة الأهداف التعليمية

أولاً: الأهداف السنوية أو الأهداف طويلة المدى

هي وصف لما يتوقع أن يكتسبه الطالب أو الطالبة من مهارات ومعارف خلال سنة من تقديم الخدمات التربوية الخاصة له. ولكن كيف يحدد المعلم او المعلمة الأهداف العامة هذه؟

إن ذلك يتدى ببعض الأسئلة التي يجب على المعلم أو المعلمة طرحها فيما يتعلق بتربية الطالب أو الطالبة مثل: ما هي الأهداف المهمة التي سأحاول تحقيقها؟ هل هذه الأهداف ذات قيمة عملية للطالب أو الطالبة؟ ماذا يحتاج الطالب أو الطالبة إن يفعل ويعرف لكي يكون ناجحاً؟ هل الأهداف التي وضعتها تهيئ الطالب أو الطالبة للنجاح مستقبلاً؟

مثال على هدف بعيد مدى

أن يكتب التلميذ الكلمات التي تحتوي على المد بأشكاله الثلاثة، وان يكتب الكلمات التي تحتوي على التنوين بأنواعه الثلاثة، وان يفرق بين التاء المفتوحة والتاء المربوطة، وان يفرق بين اللام الشمسية واللام القمرية، وان يكتب قطعا صغيرة ابتداء من (5-15) كلمة، بنسبة 80٪، يكتبها في الدفتر.

ثانياً: الأهداف قصيرة المدى

تصف الأهداف التعليمية قصيرة المدى أهداف البرنامج التربوي الفردي للطالب أو الطالبة، وهي خطوات إجرائية قابلة للقياس والملاحظة بشكل مباشر والهدف من تحديدها هو مساعدة الطالب على الانتقال تدريجياً من مستوى الأداء الحالي إلى تحقيق الأهداف طويلة المدى فالأهداف قصيرة المدى يتم تحديدها من خلال تجزئة الأهداف طويلة المدى.

العناصر الأساسية للأهداف قصيرة المدى

يشتمل الهدف قصير المدى على ثلاثة عناصر أساسية وهي:

1. **الأداء (السلوك)**

إن العنصر الأول من عناصر الهدف قصير المدى هو وصف الأداء المطلوب من الطالب أو الطالبة اجرائياً، وما يعنيه ذلك هو وصف السلوك بطريقة واضحة لا تسمح بالتفسيرات والتحيزات الشخصية. وذلك يتطلب البدء بأفعال سلوكية غير غامضة. وفيما يلي امثلة على أفعال سلوكية واضحة يمكن قياسها بشكل مباشر: (يحمل، يقفز، يركض، يجلس، يأكل، يقول، يرسم، يكتب، يقرأ، يقف، يعد) أما الأفعال التالية فهي افعال غير سلوكية (يقدر، يستمتع، يستوعب، يعرف، يفهم، يحترم، يحب، يدرك، يعي).

2. **الظروف**

بالإضافة إلى تحديد الأداء بكل دقة ووضوح يجب أيضاً تحديد الظروف التي سيحدث فيها السلوك مثل(على السبورة، على ورقة، في الفصل، في فناء المدرسة، في الكتاب المدرسي).

3. **المعايير**

أي تحديد المعيار الذي سيستخدم في الحكم على أداء الطالب وهو المحك الذي يلجأ إليه لتحديد مستوى الأداء المقبول من الطالب مثل (خلال خمس دقائق، يجيب بنسبة 80٪، يجيب بشكل صحيح عن تسعة من عشرة أسئلة على الأقل).

مثال على هدف قصير المدى

أن يكتب التلميذ الكلمات التي تحتوي على حروف المد الثلاثة (مد الألف، مد الواو، مد الياء) بنسبة 80٪، عند إعطائه أي عشر كلمات يكتبها على الدفتر.

نستكمل الجزء الأخير من هذه السلسلة:

الأهداف التدريسية

وهي عبارة عن تجزئة للأهداف قصيرة المدى ويجب مراعاة التالي أثناء صياغة الأهداف التدريسية:

أ. تحديد المهارة ذكراً.

ب. نسبة الإتقان.

ج. التاريخ المتوقع لتحقيق الهدف.

د. كيفية تحقيق الهدف (التقويم).

مثال على هدف تدريسي

أن يكتب التلميذ الكلمات التي تحتوي على مد الألف، بنسبة 80٪، عند إعطائه أي عشر كلمات يكتبها على الدفتر.

نموذج لخطة تربوية فردية

بسم الله الرحمن الرحيم

الخطة التربوية العلاجية الفردية

اسم الطالب: س

تاريخ الولادة: 2/ 3/ 1999

- التشخيص العام: تأخر في النمو العقلي، عمره العقلي أقل من الزمني بمعدل 3 سنوات، يعاني من نشاط زائد.
- القدرات العقلية: قابل للتعلم
- القدرات الأكاديمية: بحاجة إلى تأسيس في اللغة العربية وفي الرياضيات فهو غير قادر على العد وتمييز الأعداد ومفهومها. غير قادر على معرفة الألوان وتمييزها أو الأحجام، لديه صعوبة في التصنيف والتمييز.
- القدرات الحركية: جيد مع فرط في الحركة، نشاط زائد بحاجة إلى تعديل سلوك؟
- المهارات الحركية الواضحة: جيدة

  حركة المفاصل تصل إلى آخر مدى الحركة
- مهارات الحركات الدقيقة: جيدة

  تأخر في أداء بعض المهارات الدقيقة
- الإدراك البصري: ضعف في إدراك العمق وإدراك المسافة بسبب الحركة الزائدة.
- القدرات اللغوية والنطقية: جيدة نوعا ما وبحاجة إلى تدريب مستمر.

توصيات:

يتم إلحاقه في برنامج أكاديمي (تهيئة أكاديمية)

مهني

نشاطات فنية رياضية وضع برنامج لتعديل السلوك

لمعرفة قدرات علي العقلية وسلوكه التكيفي تم تطبيق الاختبارات التالية:

1. اختبار ستانفورد بينه للذكاء.
2. مقياس السلوك التكيفي.
3. مقياس تشخيص المهارات الأساسية في اللغة العربية والرياضيات.

سوف يتم تطبيق خطة تعليمية فردية تتناسب مع التشخيص الذي تم أجرائه للطالب س

بيانات أولية:

أسم الطالب: س — العمر: 8 سنوات

الصف: — الفصل الثاني

اسم المعلمة: — المادة: تربية إسلامية

الأهداف التعليمية الفردية

الرقم	الهدف	التاريخ المتوقع لتحقيق الهدف	ملاحظات
1	أن يسمي الطالب دعاء ما قبل الطعام	2011 /3 /5	
2	أن يسمي أركان الإسلام الخمسة	2011 /4 /5	
3	أن يسمي دعاء الاستيقاظ من النوم	2011 /5 /5	

المادة	التربية الإسلامية						
الهدف التعليمي	أن يسمي الطالب دعاء ما قبل تناول الطعام، اللهم بارك لنا فيما رزقتنا وقنا عذاب النار (بنسبة نجاح 100٪) خلال شهر من بداية التدريب						
الفترة الزمنية / الفترة الإضافية	من	2011 /3 /5	إلى	2011 /4 /5	طرق التدريس	التعليم المباشر والتلقين	

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
1.	ان يعيد الطالب ويكرر الجزء الأول من الدعاء بلفظ صحيح (اللهم بارك لنا)	عرض بطاقات وصور توضح الدعاء	14%	
2.	ان يحفظ الطالب الجزء الأول من الدعاء	....	14%	
3.	ان يعيد الطالب ويكرر الجزء الثاني (فيما رزقتنا)	....	12%	
4.	ان يحفظ الطالب الجزء الثاني مع تكرار الجزء الاول	....	14%	
5.	ان يعيد الطالب ويكرر الجزء الثالث (وقنا عذاب النار)	....	10%	
6.	ان يحفظ الطالب الجزء الثالث من الدعاء	....	12%	
7.	ان يسمي الطالب الدعاء كاملا ويردده قبل تناول الطعام	....	14%	

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

توضيح اضافي:

الخطة التربوية الفردية

التربية الإسلامية

الأهداف التعليمية الفردية

المادة	التربية الإسلامية					
الهدف التعليمي	أن يسمي الطالب دعاء الاستيقاظ من النوم (اصبحنا واصبح الملك لله واشهد أن لا إله إلا الله) بنسبة نجاح 100٪					
الفترة الزمنية	من	5/4/ 2011	إلى	5/5/ 2011	طرق التدريس	التعليم المباشر والتلقين
الفترة الإضافية						

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14٪	الملاحظات
1.	أن يعيد الطالب ويكرر الجزء الأول من الدعاء بلفظ صحيح (أصبحنا واصبح الملك لله)	عرض بطاقات وصور توضح الدعاء	14٪	
2.	أن يحفظ الطالب الجزء الأول من الدعاء	....	14٪	
3.	أن يعيد الطالب ويكرر الجزء الثاني (واشهد أن لا إله إلا الله)	....	12٪	
4.	أن يحفظ الطالب الجزء الثاني مع تكرار الجزء الأول	....	14٪	

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14٪	الملاحظات
.5	أن يعيد الطالب ويكرر الجزء الثالث (وأشهد أن محمداً رسول الله)	....	٪10	
.6	أن يحفظ الطالب الجزء الثالث من الدعاء	....	٪14	
.7	أن يردد الطالب الدعاء كاملاً قبل تناول الطعام	....		

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

توضيح إضافي:

التربية الإسلامية

الأهداف التعليمية الفردية

المادة	التربية الإسلامية					
الهدف التعليمي	أن يسمي الطالب (أركان الإسلام الخمسة الشهادتان، الصلاة، الصوم، الزكاة، حج البيت لمن استطاع إليه سبيلاً)					
الفترة الزمنية	من	2011/5/5	إلى	2011/6/5	طرق التدريس	التعليم المباشر والتلقين
الفترة الإضافية						

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14٪	الملاحظات
.1	أن يسمي الطالب الشهادتان (أشهد أن لا إله إلا الله وأن محمداً رسول الله)	عرض بطاقات وصور توضح أركان الإسلام	14٪	
.2	أن يسمي الطالب الصلاة	صور لطفل يصلي	14٪	
.3	أن يسمي الطالب الزكاة	صور لناس تتصدق	12٪	
.4	أن يسمي الطالب حج البيت	صور للكعبة المشرفة	14٪	
.5	أن يسمي الطالب الصوم	....	10٪	
.6	أن يذكر الطالب الأركان كاملة		14٪	
.7			14٪	

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / لمسة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام :   1   2   3   4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

توضيح إضافي:

الخطة التربوية الفردية

لغة عربية

الأهداف التعليمية الفردية

الرقم	الهدف	التاريخ المتوقع لتحقيق الهدف	ملاحظات
1	أن يقرأ الطالب الحروف من حرف (أ خ)	5/ 3/ 2011	
2	أن يسمي الطالب الأحرف من (د ش)	5/ 4/ 2011	
3	أن يقرأ الطالب الأحرف من (ص غ)	5/ 5/ 2011	

المادة	لغة عربية					
الهدف التعليمي	أن يقرأ الطالب الأحرف المجانية من (أ إلى خ) ويميزها في الكلمات بنسبة نجاح 100٪ منذ بداية التدريب					
الفترة الزمنية	من	5/ 3/ 2011	إلى	5/ 4/ 2011	طرق التدريس	التكامل الحسي والتعليم المباشر
الفترة الإضافية						

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
1.	أن يقرأ الطالب حرف (ا) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	استعمال السبورة	14%	
2.	أن يقرأ الطالب حرف (ب) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	استعمال الحروف المخططة	14%	
3.	أن يقرأ الطالب حرف (ت) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	الأقلام واللوح السحري	12%	
4.	أن يقرأ الطالب حرف (ث) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	الدفاتر والأقلام	14%	
5.	أن يقرأ الطالب حرف (ج) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	بطاقات الكلمات الملونة	10%	
6.	أن يقرأ الطالب حرف (ح) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	المعجونة	14%	
7.	أن يقرأ الطالب حرف (خ) ويميزه بأشكاله في أول ووسط وآخر الكلمة	الرمل للكتابة في داخله	14%	

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

توضيح إضافي:

1. اتقن جميع الأهداف 2. اتقن معظم الأهداف

3. اتقن بعض الأهداف 4. لم يتقن الهدف

الخطة التربوية الفردية

حساب

الأهداف التعليمية الفردية

الرقم	الهدف	التاريخ المتوقع لتحقيق الهدف	ملاحظات
1	أن يكتب الطالب الأعداد بشكل تصاعدي من (1-9) بشكل صحيح	2011/3/5	
2	أن يكتب الأعداد بشكل تنازلي من (9-1)	2011/4/5	
3	أن يجمع ضمن العدد (9)	2011/5/5	

المادة	حساب					
الهدف التعليمي	أن يكتب الطالب الأعداد من (1-9) بشكل تصاعدي بنسبة نجاح 100٪ خلال شهر من بداية التدريب					
الفترة الزمنية / الفترة الإضافية	من	2011/3/5	إلى	2011/4/5	طرق التدريس	التعليم الجمعي وتعليم الأقران

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
.1	أن يكتب الأعداد من (1 2) ريميز مفهوم العدد 1	استعمال السبورة	14%	
.2	أن يكتب الأعداد من (2 3) ويعطي مجموعة مكونة من عنصرين	استعمال الأرقام المخططة	14%	
.3	أن يكتب الأعداد من (3 4) ويعطي مجموعة مكونة من ثلاث عناصر	الأقلام واللوح السحري	12%	
.4	أن يكتب الأعداد من (4 5) ويشكل مجموعات مكونة من أربع عناصر	الدفاتر والأقلام	14%	
.5	أن يكتب الأعداد من(6 5) ويشكل مجموعات	بطاقات الأرقام الملونة	10%	
.6	أن يكتب ويقرأ الأعداد من (7 6)	المعجونة	14%	
.7	أن يكتب ويقرأ الأعداد من (8 7)	الرمل للكتابة في داخله	14%	
.8	أن يكتب الأعداد من (8 9) ويشكل مجموعات مكونة من 9 عناصر			
.9	أن يقرأ ويكتب الأعداد من 1 9 بشكل تصاعدي مرة واحدة			

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

المادة	حساب					
الهدف التعليمي	أن يكتب الطالب الأعداد من (1-9) بشكل تنازلي بنسبة نجاح 100٪ خلال شهر من بداية التدريب					
الفترة الزمنية	من	5/ 3/ 2011	إلى	5/ 4/ 2011	طرق التدريس	التعليم الجمعي وتعليم الأقران
الفترة الإجمالية						

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14٪	الملاحظات
.1	أن يكتب الأعداد من (1 2) ويميز مفهوم العدد 1	استعمال السبورة	٪14	
.2	أن يكتب الأعداد من (2 3) ويعطي مجموعة مكونة من عنصرين	استعمال الأرقام المخططة	٪14	
.3	أن يكتب الأعداد من (3 4) ويعطي مجموعة مكونة من ثلاث عناصر	الأقلام واللوح السحري	٪12	
.4	أن يكتب الأعداد من (4 5) ويشكل مجموعات مكونة من أربع عناصر	الدفاتر والأقلام	٪14	
.5	أن يكتب الأعداد من(6 5) ويشكل مجموعات	بطاقات الأرقام الملونة	٪10	
.6	أن يكتب ويقرا الأعداد من (7 6)	المعجونة	٪14	

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
7.	أن يكتب ويقرأ الأعداد من (7 8)	الرمل للكتابة في داخله	14%	
8.	أن يكتب الأعداد من (8 9) ويشكل مجموعات مكونة من 9 عناصر			
9.	أن يقرأ ويكتب الأعداد من (1-9) بشكل تنازلي مرة واحدة			

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

توضيح إضافي:

1. اتقن جميع الأهداف
2. اتقن معظم الأهداف
3. اتقن بعض الأهداف
4. لم يتقن الهدف

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
1.	أن يجري الطالب عملية الجمع 2+1	استعمال السبورة	14%	
2.	أن يجري الطالب عملية الجمع 3+1	استعمال الأرقام الممغنطة	14%	
3.	أن يجري الطالب عملية الجمع 4+1	الأقلام واللوح السحري	12%	
4.	أن يجري الطالب عملية الجمع 5+1	الدفاتر والأقلام	14%	
5.	أن يجري الطالب عملية الجمع 6+1	بطاقات الأرقام الملونة	10%	
6.	أن يجري الطالب عملية الجمع 7+1	المجرنة	14%	
7.	أن يجري الطالب عملية الجمع 8+1	الرمل للكتابة في داخله	14%	
8.				
9.				

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام: 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

المادة	علوم					
الهدف التعليمي	أن يسمي الطالب ماذا يستفيد من الأطراف (الكتابة، حمل الأشياء، اللعب بها) والقدمين (المشي، الركض) بنسبة نجاح 100٪ خلال شهر من بداية التدريب					
الفترة الزمنية / الفترة الإضافية	من	2011 /3 /5	إلى	2011 /4 /5	طرق التدريس	مناقشة حوار تقليد

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14٪	الملاحظات
.1	أن يسمي الطالب ما هي فائدة اليدين (الكتابة بهما)	عرض صور	٪14	
.2	أن يسمي الطالب الفائدة الثانية وهي حمل الأشياء وذكر مثال عليها	عرض فيديو مصور	٪14	
.3	أن يسمي الطالب الفائدة الثالثة وهي تناول الطعام بهما (مع تمثيل ذلك)	بطاقات مصورة	٪12	
.4	القدمين	صور أعضاء الجسم	٪14	
.5	أن يسمي الطالب فائدة القدمين ويذكر أهميتهما (المشي)		٪10	
.6	أن يسمي الطالب فائدة القدمين وهي الركض (ويمثل ذلك)		٪14	

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
.7	ان يسمي الطالب فائدة القدمين وهي للاستمتاع واللعب (كرة القدم)	دفاتر الرسم	14%	
.8	ان يسمي الطالب فوائد الأطراف اليدين والقدمين			
.9				

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

المادة	علوم						
الهدف التعليمي	أن يسمي الطالب ماذا نستفيد من (البقرة، الخروف) بنسبة نجاح 100٪ خلال شهر من بداية التدريب						
الفترة الزمنية الفترة الإجمالية	من	5/4/2011	إلى	5/5/2011	طرق التدريس	مناقشة حوار تقليد	

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14٪	الملاحظات
1.	ان يسمي الطالب فائدة البقرة (الحليب)	عرض مجسم للبقرة	14٪	
2.	ان يسمي الطالب الفائدة الثانية (اللحم)	صور لفوائد البقرة	14٪	
3.	ان يسمي الطالب الفائدة الثالثة (الروث) ويتعرف على استخداماته	صور لاستخدام الروث في الزراعة	12٪	
4.	ان يسمي الطالب الفائدة الرابعة وهي الجلد ويتعرف على طرق استخدامه	صور لمنتوجات مصنعة من الجلد	14٪	
5.	ان يسمي الطالب فائدة الغنم وهي (الحليب)	صور لمنتوجات مصنعة من الحليب	10٪	
6.	ان يسمي فائدة الخروف (اللحم)	صور اللحوم	14٪	
7.	ان يسمي الطالب فائدة الخروف (الروث) ويذكر استخداماته	عرض فيديو يوضح فوائد الروث في الزراعة		

الرقم	الأهداف التعليمية الفرعية	الوسائل والأدوات المستخدمة	درجة إتقان الهدف 14%	الملاحظات
8.	ان يسمي الطالب فائدة الحروف (العرف)		14%	
9.	ان يسمي الطالب فائدة كل من البقرة والخروف			

التعزيز المستخدم: لفظي / ممتاز / رمزي / نجمة / مادي حلوى / معنوي التصفيق له
التقييم النهائي للهدف العام : 1 2 3 4
ملاحظات اتقن جميع الأهداف

توضيح إضافي:

1. اتقن جميع الأهداف
2. اتقن معظم الأهداف
3. اتقن بعض الأهداف
4. لم يتقن الهدف

التدريس الفعّال للمعوقين عقلياً (Effective Teaching)

تعرّف عمليّة التدريس (Instruction) على أنها: "عمليّة تلقين المعرفة، وتدريب المهارة وإعطاء تعليمات أو معلومات" أو هي "نشاط يهدف لمساعدة المتعلم لكي يتعلم، أي لتحقيق أهداف تعليميّة يمكنه بها أن ينمو معرفياً ووجدانياً وحركياً" أو هي "عمليّة يتم من خلالها تنظيم كل من المتعلم والمعلم والمنهج وغيرها من المتغيّرات بصورة نظاميّة بغية تحقيق أهداف محدّدة سلفاً". وتتضمّن عمليّة التدريس عدداً من الكفايات المعرفيّة والأدائيّة التي تمكّن المعلم من تحقيق الأهداف التربويّة (مرعي والحيلة، 2011).

أما بالنسبة للتدريس الفعّال فله العديد من التعريفات نذكر منها:

- يعرّفه بروفي و جود Prophy and Good (1986) بأنه: "التدريس الذي يتضمّن الاختيار والتنظيم من ذخيرة واسعة من أنواع سلوك التدريس وفقاً لمجتمع تلاميذ معيّن وأهداف تعليميّة معيّنة لا مجرّد التطبيق على مهارات يعتقد أنها لها صفة العموميّة".
- أمّا ميدلي (1982) Medley فقد عرّفه بأنه: "التدريس الذي يهتمّ بتحديد المواصفات التي تقود إلى زيادة تحصيل أو تعلم التلاميذ بهدف تعميمها" (Kyriacou, 1992).

ويرى المؤلف أن بإمكانه تبني "التعريف التالي للتدريس الفعّال:

"هو ذلك التدريس الذي يقود إلى تعلم أو تحصيل ملحوظ من جانب التلاميذ وقوامه نوعيّة الممارسات التدريسيّة التي يلتزم بها المعلم كمنهج في توفير التعليم وفي تنفيذ دوره القيادي" (آدم، 2002). يظهر من التعريفات السابقة اختلاف الآراء حول الموضوعات التي تجعل التدريس فعّالاً.

الأبعاد الرئيسية للتدريس الفعّال

هذا ويمكن تحديد مهارات التدريس الفعّال في ثلاثة أبعاد رئيسية:

- التخطيط (Planning).

- التدريس والإدارة الصفيّة (Instruction and Classroom Management).
- التقيم (Evaluation).

البُعد الأول: التخطيط (Planning)

وهو الإعداد المسبق الذي يضعه المعلم للأهداف التعليميّة المُراد تحقيقها، ويمثل الإطار التنظيمي للعمليّة التدريسيّة إذ يُبنى على تحديد مستوى الأداء الحالي للطلبة وتحديد حاجاتهم ومن ثمّ التخطيط لتلبية تلك الحاجات (Kyriacou, 1992).

ويتضمّن التخطيط الفعّال ما يلي:

- توفير البيئة التعليميّة المناسبة.
- مراعاة الفروقات الفرديّة بين الطلبة.
- تحضير المتطلبات السابقة للدروس بما تتضمّنه من أدوات ومواد.
- تحديد الأهداف بشكل واضح.
- تحديد أدوار المعلم والمتعلم.
- اعتبار الوقت المخصّص لكل هدف.
- ترتيب الأهداف حسب أولويّات التدريس (1996) Dunne and Wragg.

ويمكن تحديد التخطيط للطلبة المعوقين عقلياً ضمن ثلاثة أنواع وهي:

1. **التخطيط طويل المدى (الأهداف طويلة المدى Long-Term Objectives)**: وهو التحصيل المتوقع من الطلبة خلال فترة زمنيّة محدّدة (سنة، فصل،...) وهذه الأهداف يجب أن تكون قابلة للقياس وموجّهة نحو الطالب وأن تتضمّن هذه الأهداف كافة احتياجات الطلبة. وتشتق هذه الأهداف من المناهج، لذا فإنها تعكس المحتوى الدراسي للطلبة كما تشتق هذه الأهداف من الفلسفة التربويّة العامّة.

2. **التخطيط قصير المدى (الأهداف قصيرة المدى Short-Term Objectives)**: وهي الخطوات الإجرائيّة القابلة للقياس والملاحظة والتي يتم تحديدها بهدف مساعدة الطلبة المعوقين عقلياً على الانتقال التدريجي من مستوى الأداء الحالي إلى

مستوى تحقيق الأهداف العامة طويلة المدى، إذ يتم تحقيقها من خلال تجزئة الأهداف طويلة المدى إلى العناصر المكونة لها (Lerner, 2001).

3. التخطيط اليومي (الأهداف اليومية أو الفرعية Daily Objectives): وهي المهارات والسلوكيات التي يتوقعها المعلم من الطلبة خلال يوم دراسي أو حصة واحدة، ويتطلب تطوير الأساليب والمواد وتعديلها تبعًا لتقدم الطلبة بشكل مستمر [illegible].

هذا ويشير الأدب التربوي في التربية الخاصة إلى عدد من المهارات التي تستخدم في التخطيط الفعّال لتدريس الطلبة المعوقين عقليًا، وهذه المهارات هي:

تخطيط البرامج التربوية الفردية مراعيًا نقاط القوة والضعف لدى الطلبة، تحديد الأهداف التعليمية بطريقة إجرائية قابلة للقياس، تحديد ظروف الأداء للأهداف التعليمية، تحديد معايير الأداء للأهداف التعليمية، ترتيب الأهداف التعليمية بطريقة متتابعة منطقية... الخ، توضيح أهداف الخطة بطريقة تتناسب مع أهداف الخطة التربوية الفردية، تحديد الأدوات والأساليب التعليمية، تنظيم وترتيب النشاطات التعليمية، مراعاة الفروقات الفردية بين الطلبة في تخطيط البرامج التربوية الفردية، التخطيط المسبق لاستخدام استراتيجيات تدريسية وأنشطة ومواقف تعليمية ملائمة، التخطيط لتنظيم البيئة الصفية للطلبة واستخدام المصادر والمواد المتاحة (Ysseldyke and Algozzine, 1990; Reynolds, 1990).

البعد الثاني: التدريس والإدارة الصفية

(Instruction and Classroom Management)

تتركز معظم مهارات التدريس الفعّال في بعد التدريس والإدارة الصفية، لأنه يمثل الجانب التنفيذي لأبعاد العملية التدريسية الأخرى، وفيما يلي عرض لهذا البعد:

أولاً: التدريس (Instruction)

لقد أشارت التعريفات المختلفة إلى أن التدريس يتكون من العناصر التالية:

أ. مهارات التدريس.

ب. المحتوى والأنشطة التعليمية.

ج. الأساليب التدريسية.

د. الوسائل والمواد التعليميّة.

هـ. البيئات التعليميّة (Lerner, 2000).

أ. مهارات التدريس

يشتمل بُعد التدريس على عدد من المهارات التدريسيّة التي يمكن تقسيمها إلى مهارات تحضيريّة في بداية الدرس، ومهارات تدريسيّة أثناء تقديم الدروس، ومهارات ختاميّة.

- وتشمل المهارات التحضيريّة ما يلي: مراجعة الدروس السابقة من خلال ربط الدرس الحالي بالدروس السابقة، الحصول على انتباه الطلبة، إثارة دافعيّتهم، التزويد بإطار تنظيمي للمساعدة على تنظيم المعلومات، إعطاء تعليمات واضحة، تحديد أهداف الحصة، التخطيط لاستغلال وقتها، استخدام أسلوب التدريس الفردي والمجموعات التدريسيّة الصغيرة وتحضير مواد تعليميّة خاصّة (Lerner, 2000; Mercer, 1997).
- أمّا المهارات أثناء تقديم الدرس فتشمل ما يلي: تحليل المهمّات التعليميّة، التزويد بالتغذية الراجعة، تدريس المحتوى الدراسي أو الهدف لدرجة الإتقان، استخدام وسائل وأنشطة تعليميّة متنوّعة، مراعاة الفروقات الفرديّة في التدريس، تصميم استراتيجيّات تدريسيّة بديلة، المحافظة على مستوى مناسب من الدافعيّة، المساعدة على تعميم المهارات المطلوبة، الانتقال التدريجي من المهارات البسيطة إلى الأكثر تعقيداً، تنويع الأساليب التدريسيّة، التدريس على نحو وظيفي واستخدام التعزيز المناسب (Lerner, 2000; Mercer, 1997; Stevens and Salving, 1995).
- وبالنسبة للمهارات الختاميّة فتشمل: تلخيص الدرس في نهاية الحصة، تعميم المهارات المطلوبة، الحكم على أسلوب تنفيذ الدرس والتعزيز (Lerner, 2000; Mercer, 1997).

ب. المحتوى والأنشطة التعليمية

عند اختيار المحتوى الدراسي والأنشطة للطلبة المعوقين عقلياً لا بدّ من مراعاة مبدأ الشمول للمحتوى الدراسي لهؤلاء الطلبة، إذ يقتضي هذا المبدأ التركيز على كافة الجوانب المعرفيّة، الاجتماعيّة، الانفعاليّة، الأدائيّة للطلبة. ممّا يفترض تقديم المفاهيم بطريقة سهلة وبسيطة ومن ثمّ اختيار تدريبات يسهل ممارستها وتطبيقها من قبل الطلبة المعوقين عقلياً لمساعدتهم على تعميم ما تعلموه بربط المحتوى والأنشطة بالحياة اليوميّة للطلبة المعوقين عقلياً، بالإضافة إلى تنظيم المحتوى الدراسي والأنشطة بطريقة تثير انتباه الطلبة المعوقين عقلياً من خلال جعل المهمّات المطلوبة أكثر تشويقاً وتقسيم المهمّات إلى مهمّات بسيطة، وتشجيع الطلبة على العمل باستقلاليّة من خلال المحتوى والأنشطة وتحديد التعليمات بطريقة بسيطة للطلبة (Mercer, 1997; Lerner, 2000).

ويمكن تحديد المحتوى التدريسي الناجح للطلبة، بذلك المحتوى الذي يتلاءم مع القدرات المعرفيّة للطلبة (الذكاء، مستوى التحصيل الأكاديمي) وأساليبهم المعرفيّة (المستوى المفاهيمي، مركز الضبط، استراتيجيّات التعليم) ومستوى النضج الاجتماعي والعاطفي وعمليّات معالجة المعلومات لدى الطلبة. ويضمن المحافظة على دافعيّة الطلبة وذلك من خلال مواءمة المهمّات لقدراتهم واختيار أساليب تعليم مناسبة وتدعيم مساهمة الطلبة في الأنشطة المحدّدة واستخدام تنظيمات تدريسيّة مختلفة لتقديم محتوى الأنشطة (مثل التدريس التعاوني وتدريس الأقران) وعمل مشاريع خاصّة للطلبة وتحديد جزء من المحتوى والأنشطة يتعلق بالطلبة وهواياتهم واهتماماتهم، بالإضافة إلى ترتيب علاقة المحتوى بالتعزيز والتغذية الراجعة (Mercer, 1997).

ج. الأساليب التدريسيّة

يمثل الأسلوب التدريسي الإجراء التعليمي الذي يتبعه المعلم للوصول إلى مخرجات تعليميّة محدّدة. إن هذا الإجراء يوضّح كيفيّة تنفيذ الدروس والطريقة والإجراءات التي يتبعها المعلم لتقديم الدروس وشرحها للطلبة، وتوجيه نشاطهم وإثارة دافعيّتهم وتعزيز الاستجابات الصحيحة وأساليب التفاعل اللفظي وغير اللفظي ممّا يتطلب توفير المناخ التعليمي الملائم وتوزيع الوقت، وتشتمل أيضاً على

تحديد المحتوى بما يتفق مع الهدف التعليمي واختيار تنظيم ملائم لتوزيع الطلبة بالإضافة إلى اختيار الأدوات والوسائل المساعدة ووضع خطوات مناسبة للتمهيد والتهيئة للموقف التعليمي وإنهائه في الوقت والشكل المناسبين.

وتبرز أهميّة الأساليب التدريسيّة للطلبة المعوقين عقلياً للأسباب التالية:

- تأخذ الأساليب التدريسيّة الموجّهة للطلبة المعوقين عقلياً بعين الاعتبار الفروقات الفرديّة بين الطلبة.
- تحدّد الأساليب التدريسيّة دور المعلم والطلبة (Fagg et al, 1992).
- تتضمّن الأساليب التدريسيّة إجراء تعديلات في المناهج العاديّة بما يتناسب مع الحاجات الفرديّة للطلبة المعوقين عقلياً (Kirk and Gallagher, 1989).
- يزيد استخدام المعلم لأساليب تعليميّة متعدّدة ومواد ووسائل مختلفة من تحصيل الطلبة أكاديمياً وتقلل بنفس الوقت من سلوكياتهم غير المرغوبة.

هذا ويتأثر اختيار المعلم لأساليب تدريسية مناسبة للطلبة المعوقين عقلياً بعدّة أمور أهمّها:

(طبيعة الأهداف التعليميّة، المرحلة التعليميّة، الإمكانات البشريّة والماديّة، إمكانيّة المعلم، ومستوى أداء الطلبة وقدراتهم، ونوع الفئة الخاصّة التي ينتمي إليها الطالب).

وعند الحديث عن الأساليب التدريسيّة في التربية الخاصّة عموماً لا بدّ من الإشارة إلى الحقائق التالية:

- ليس ثمّة طريقة أو نمطاً تعليمياً أو تنظيماً بيئياً أو أدوات أو وسائل تناسب جميع الأطفال المعوّقين في غرفة الصف.
- تتنوّع البدائل التربويّة أكثر للطلبة المعوّقين.
- تؤثر الفلسفة التي يحملها المعلم نحو المعوقين على نوع أساليب التدريس التي يستخدمها (الحديدي، 1992).

ولقد أشار كل من ايزنبرغر وكونتي (2000) Eisenberger and Conti إلى أنه إذا أرادت إدارة التربية الخاصّة الفعّالة من مدرّسيها أن يحصلوا على أداءات عالية من الطلاب الموهوبين عقلياً فإن عليها تشجيع المدرّسين على:

- تطبيق أساليب وطرق تدريسيّة جديدة.
- تدريس أشكال من السلوكيات تؤدي إلى النمو في القدرات العقليّة.
- تطبيق أنشطة تعليميّة تساعد على النجاح والتمكّن من التعلم.

د. الوسائل والمواد التعليميّة

يُعتبر استخدام الوسائل والمواد التعليميّة من المهارات المهمّة في التدريس الفعّال للطلبة الموهوبين عقلياً لأسباب عديدة أهمّها:

- أهميّة الوسائل والمواد التعليميّة في جذب انتباه الطلبة، وزيادة دافعيّتهم.
- الحاجة إلى وسائل ومواد حسيّة ملموسة في تدريس الطلبة الموهوبين عقلياً.
- إتاحة الفرصة للطلبة الموهوبين عقلياً للتطبيق العملي للمهارات والمفاهيم التي يتلقونها.
- تساعد الوسائل والمواد التعليميّة على إكساب الطلبة مهارات أدائيّة من خلال تنظيم مشاركة الطلبة في تحضير الوسائل والمواد.
- يمكن أن تلعب الوسائل والمواد التعليميّة دوراً في تقييم أداء الطلبة، وذلك بتحديد إتقان الطلبة للمهارات من خلال استخدام الوسائل والمواد المخصّصة لتلك المهارات.
- استخدام الوسائل والمواد التعليميّة يمنح الطلبة الموهوبين عقلياً الثقة بالذات لهم وتشجّعهم على الاستمراريّة في التعلم (Mercer, 1997).

الأمور الواجب مراعاتها عند اختيار الوسائل والمواد للطلبة الموهوبين عقلياً:

- مراعاة خصائص الطلبة وعمرهم الزمني والعقلي.
- تسلسل عناصر الوسيلة التعليميّة وانتقالها من هدف تعليمي إلى آخر مع التركيز على النقاط الأساسيّة في الدرس.

- أن تكون مصممة من الأصدقاء معدة بصفة تربوية الفردية
- تقريب النص للطلبة في توجيه التعرف التي تظهر لديه
- تجهيز الوسائل بشكل مترابط ومتسلسل
- التزويد بالتغذية الراجعة والتصحيح الفوري
- التدريج
- أن تقدم الوسائل والمواد باستمرار وبشكل يتحدى الطلبة المعوقين عقلياً (Smith and Gustafson, 1986)

جـ- البيئة التعليمية

تعد البيئة التي يعيش الطالب فيها مصدر التعلم، يتعلم فيها الطالب طرق الحياة، ويتعلم مفاهيمه ويقف على قوانين التي يكتسب خبرته، ولعل ما يفترض في المعلم أن يقوم به هو أن يصمم بيئة الطالب التعليمية التعلمية في جميع جوانبها المادية والبشرية (الروسي وخيرة، 2011).

التنظيمات التدريسية الرئيسية للطلبة المعوقين عقلياً

1. المجموعات التدريسية الكبيرة (الجمعية) ((Large-Group Instruction)): يعني مجموعة كبيرة من الطلبة المعوقين عقلياً للتدريس معاً، إلا أن استخدام هذا التعليم لا يسمح للمعلم أن يتعامل مع الفروقات الفردية للطلبة بسهولة، لذا ينصح باستخدام هذا التعليم في أداء نشاطات جماعية مثل مشاهدة أفلام ومتابعة قصص... الخ، ويمكن تفعيل تدريس المجموعات الكبيرة باستخدام التنظيمات المساعدة كالتعليم التعاوني وتعليم الأقران (Mercer, 1997).

2. المجموعات التدريسية الصغيرة (Small-Group Instruction): تمتد المجموعات الصغيرة عدد الطلبة من (3-7) طلاب ضمن المجموعة الواحدة ويمتاز هذا الأسلوب بمساعدة الطلبة على التعلم بالمشاركة وإمكانية استخدامه في تدريس الطلبة ذوي القدرات المختلفة، تشجيع المتعلمين على الاعتماد على النفس العمل بالسرعة الذاتية وتوفير الوقت وإمكانية توجيه الطلبة نحو العمل الفردي

ضمن مجموعة التي يكونون فيها، ويمكن تحديد أربعة أنماط تعمل في مجموعات الصغيرة:

- اختيار مهام مختلفة للطلبة.
- تأدية مهام متشابهة في نفس الوقت.
- التعاون لإنجاز مهمة مشتركة مع تحديد دور ومسؤولية كل عضو في المجموعة
- إنجاز عمل مشترك دون تحديد دور كل واحد من الطلبة (Sands and Kerry, 1982).

3. التدريس الفردي (Individual Instruction): يقصد بالتدريس الفردي تحديد المهام والأعمال الخاصة لتلبية الحاجات الفردية وقدرات ومستوى تحصيل الطلبة

وفيما يلي توضيح لأهمّ متطلبات محتوى البرنامج الفردي:

- تحديد مستوى أداء الطفل التربوي الحالي.
- تحديد الأهداف السنوية والأهداف التعليمية قصيرة المدى.
- تحديد الخدمات المرافقة المطلوبة والخدمات التربوية.
- تحديد مدى إمكانية مشاركة الطفل في البرنامج العادي.
- تحديد معايير النجاح في تحقيق الأهداف وإجراءات التقييم ومواعيدها (Smith, 1992).

هذا وتشير الدراسات في التربية الخاصة لاعتبار التدريس الفردي أنسب الطرق لتدريس الطلبة المعوقين عقلياً، وذلك للعبء الكبير الملقى على المعلم نتيجة لتدريس مجموعات من الطلبة متفاوتة في القدرات والاستعدادات، إذ إن اختلاف الأفراد في قدراتهم وإمكاناتهم واحتياجاتهم الخاصة يفرض الحاجة إلى برامج تعليمية خاصة تتناسب مع هذه القدرات والاستعدادات، ويتطلب ذلك توظيف مهارات تدريسية كثيرة ومتنوّعة، بالإضافة لاستراتيجيات تدريسية متعدّدة ومبتكرة عند تدريس الطلبة مختلفي القدرات (Sands and Kerry, 1982).

التنظيمات التدريسيّة المساعدة للطلبة المعوقين عقلياً

يمكن تفعيل استخدام الطريقة الفرديّة والمجموعات الصغيرة باستخدام تنظيمات تدريسيّة مساعدة أهمّها التعليم التعاوني وتدريس الأقران.

1. التدريس التعاوني (Cooperative Teaching): وهو تنظيم تدريسي يحدّد فيه مجموعة من الطلبة أو فرق من الطلبة يعملون معاً لتحقيق نجاح جماعي بشكل يساعد الطلبة على تحمّل مسؤوليّة تعليمهم وتعليم الآخرين (Mercer, 1997).
2. تدريس الأقران (Peer Tutoring): وهو تنظيم تدريسي لتزويد المعلمين بمصادر تعليميّة وتوفير الفرصة للممارسة المكثفة للمهارات الأكاديميّة المحدّدة للطلبة المعوقين عقلياً من خلال الاستعانة بزوج من الطلبة أحدهما يسمى (القرين – المعلم) والآخر (القرين – المتعلم)، ويعمل تدريس الأقران على تطوير المهارات الأكاديميّة، تطوير مفهوم الذات، تطوير سلوكات مناسبة وتشجيع العلاقات الاجتماعيّة والتعاون (Mercer, 1997).

ثانياً: الإدارة الصفيّة (Classroom Management)

ويقصد بالإدارة الصفيّة حفظ النظام الصفي وتوفير المناخ العاطفي والاجتماعي المشجّع على التعلم وتنظيم البيئة التعليميّة من خلال فهم طبيعة الطلبة المعوقين عقلياً واحتياجاتهم الاجتماعيّة وأساليب العمل معهم وملاحظة الطلبة ومتابعتهم (القمش والسعايدة، 2008 : 191).

وقد أشار الأدب التربوي إلى مهارات الإدارة الصفيّة التي تشتمل على ما يلي:

- اختيار الاستراتيجيّات الملائمة لضبط وتعديل السلوك.
- مراقبة سلوكيات الطلبة.
- تحديد طرق ضبط السلوك داخل الصف وخارجه.
- استثمار الوقت التعليمي.
- ضبط سلوكيات الطلبة.
- ضبط إدارة الصف بفاعليّة.

- استخدام مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- استخدام أساليب التعزيز الملائمة.
- تنظيم غرفة الصف بطريقة تسهّل عملية الاتصال وتنظيم تفاعل الطلبة مع بعضهم البعض (Mercer, 1997; Lerner, 2000; Fagg et al, 1992).

الممارسات الصفية التي تساهم في التقليل من السلوكيات غير المرغوبة لدى الطلبة الموقين عقلياً:

- وضع مستويات لسلوكيات الطلبة والسعي لتحقيق هذه المستويات.
- مراقبة سلوكيات الطلبة.
- تعزيز السلوكيات المرغوبة باستمرار وبشكل إيجابي.
- تحديد آثار السلوكيات غير المرغوبة.
- نمذجة السلوكيات المرغوبة والتي تؤثر إيجابياً في عمليات التحصيل الأكاديمي والتكيف الاجتماعي (Mandrell and Shank, 1987).

الأنظمة الصفية الواجب ممارستها من قبل معلمي الأطفال المعوقين عقلياً

هناك أربعة من الأنظمة الصفيّة يستطيع معلم الأطفال المعوقين عقلياً ممارستها وهي:

1. النظام الذي يفرضه المعلم من خلال بناء قواعد صفيّة من خلال التعليمات والأوامر والأدوار.
2. النظام الذي يرفضه المعلم من خلال استخدام أساليب التعزيز وتشجيع الدافعيّة لدى الطلبة.
3. النظام الذي تفرضه الأعمال المشتركة التي يقوم بها المعلم مع طلابه.
4. النظام الذي يفرضه المعلم من خلال وضع قواعد سلوكيّة محدّدة (Mercer, 1997; Lerner, 2000; Fagg et al, 1992).

كما يشمل توفير نوعيّة مميّزة من التدريس على توظيف الوقت بفاعليّة وعلى نوعيّة المساعدة المقدّمة للفرد المتعلم من المعوقين عقلياً (Sirotnik and Kimball, 1994).

البُعد الثالث: التقيم (Evaluation)

يقصد بالتقيم جمع المعلومات التربويّة عن الطلبة المعوقين عقلياً بقصد اتخاذ القرارات الملائمة، وتتمثل أهداف التقيم بما يلي:

1. إحالة الطلبة إلى البرنامج التربوي المناسب.
2. تحديد مدى استعداد الطلبة لتلقي الخدمات التربويّة.
3. تصميم البرامج التربويّة الفرديّة واختيار الأهداف المناسبة.
4. تقيم مدى تقدم الطلبة في البرنامج التربوي الفردي.
5. إجراء التغييرات والتعديلات المناسبة (Flint, 1996).

ولا بدّ من اعتبار مبدأين أساسيين في تقييم الطلبة المعوقين عقلياً أوّلهما استمراريّة عملية التقيم، إذ إن التقيم يسبق البدء في التدريس ويصاحبه حتى النهاية للتأكد من أن الأهداف المحدّدة في الخطّة التربويّة الفرديّة قد تحققت بالشكل والمحكّات التي حدّدتها الأهداف السلوكيّة. وتتمثل أهميّة التقيم المستمر للطلبة المعوقين عقلياً بتزويد المعلم والطلبة بالتغذية الراجعة، إذ يلاحظ المعلم طلبته ويحدّد مدى تقدّمهم والصعوبات التي يواجهونها ومن ثمّ يقوم باتخاذ التعديلات الملائمة. ويمكن استخدام تسجيل تقدّم الطلبة ومراقبة أداءهم في الحصص التي يتلقونها بشكل يومي أو شهري أو فصلي أو سنوي مع توفير سجلات خاصّة لتقييم الطلبة. ويمكن استخدام القياسات اليوميّة المباشرة والتي تتضمّن ملاحظة وتسجيل أداء الطلبة في المهارات التي تعلمها الطلبة باستخدام نسبة الخطأ أو معدّل الخطأ أو نسبة النجاح.

إن استخدام المبدأ السابق يقود إلى مبدأ آخر في غاية الأهميّة، ويتمثل في استخدام نتائج الاختبارات في توجيه التدريس للطلبة المعوقين عقلياً، إذ يحدّد التقييم الأهداف التي يحتاجها الطلبة ويساعد على تطوير البرنامج الملائم والاحتياجات الإضافيّة للطلبة، ولكي يتم توجيه التدريس بواسطة الاختبارات فلا بدّ من إجراء التقيم التربوي للطلبة المعوقين عقلياً الذي يتضمّن تقيم المهارات الأكاديميّة باستخدام التقيم المبني على المنهاج، وهو طريقة للحصول على قياسات مباشرة ومتكرّرة لأداء

الطلبة من خلال أهداف مرتبة بشكل متسلسل ومشتقة من المناهج المستخدمة في الصف العادي (Heward, 1996; Flint, 1996).

وتتمثل خطوات إعداد التقييم المبني على المنهاج في:

- تحديد الغرض من الاختبار.
- تحديد الأهداف وفق شروطها.
- تحليل المحتوى لتحديد المهارات والمفاهيم المطلوبة.
- تحديد أسئلة الاختبار بشكل يلائم المحتوى التعليمي للمادة.
- إعداد فقرات الاختبار ثمّ تقديمه للطلبة مع مراعاة قياس أداء الطلبة بشكل مستمر.
- وتفريغ النتائج في جداول لتسهيل استعمالها (Heshusius, 1991; Learner, 2000).

ويمكن تحديد مهارات التقييم للطلبة المعوقين عقلياً على النحو التالي:

استخدام الاختبارات بمختلف أنواعها، تحديد نقاط القوّة أو الضعف، تحديد مستويات الأداء المتوقعة بناءً على قدرات الطلبة، تسجيل نتائج الاختبار ومراجعة الأهداف التعليميّة، تقييم درجة تقدّم الطلبة ومدى تحقق الأهداف التعليميّة، الاحتفاظ بسجلات مناسبة وكتابة تقارير عن أداء الطلبة (Mandrell and Shank, 1987; Ysseldyke and Algozzine, 1990).

خصائص معلم الطلاب المعوقين عقلياً الفعّال

يعتمد نجاح البرامج التربويّة بشكل عام، وفي مجال التربية الخاصّة بشكل خاص على عدد من المتغيّرات من أهمّها فاعليّة المعلمّ وقدرته على تقديم الخدمات التربويّة المناسبة، فالمناهج الجيّدة والأساليب التدريسيّة المتطوّرة وتطوير البيئة التعليميّة المناسبة لا تكفي للوصول إلى نواتج مقبولة بدون مَن ينفذ ويتعامل مع هذه المتغيّرات وهو المعلمّ، حيث إن فاعليّة معلم التربية الخاصّة، كما هو الحال مع فاعليّة المعلم العادي تشير إلى نواتج العمل التي يحصل عليها المدرّس أو وصول الطلبة إلى الهدف التربوي المحدّد بمعنى قياس تحقيق الأهداف التربويّة على شكل قياس تحصيل الطلبة كدلالة

على فاعليّة المعلم، ولذلك يمكن التمييز بين المعلم الفعّال والمعلم غير الفعّال عن طريق الزيادة في تحصيل الطلبة الذي يدرّسهم المعلم الفعال (Borman, 1990).

وقد عرّف جونسون (Johnson) فاعليّة المعلم بأنها: توظيف ماهر للكفاية بشكل يؤدّي إلى تحقيق الهدف الذي وُجدت من أجله، كما عرّف الكفاءة بأنها: استغلال جميع المعارف والاتجاهات والمهارات اللازمة لأداء مهمّة ما على نحو يمكّنه من إنجازها بأقل جهد ووقت وتكاليف ممكنة (القمش،2004).

أمّا بالنسبة للمعلم، فإن التدريس الفعّال أو الجيّد يوفر له رضى ذاتياً، إذ إن بإمكانه المساهمة في معالجة مشكلة الطالب والمساعدة في نموه كغيره من الطلبة الآخرين. وتشمل إجراءات التدريس الفعّال في حدودها الدنيا: تخطيط التدريس لتلبية الاحتياجات التربويّة الخاصّة، وتقديم التدريس بمستوى متميّز، والإشراف والمتابعة لمعرفة مدى فعاليّة هذا التدريس للتأكّد من أن الأهداف المتوخاة من هذه العمليّة قد تمّ تحقيقها. وقد أشارت الندر (Allinder, 1995) إلى أن معلمي فصول التربية الخاصّة الذين يتمتعون بمستويات عالية من الكفاية الشخصيّة والتعليميّة كانوا أكثر قدرة على مساعدة الطلبة على تحقيق أهداف التعليم في نهاية العام (الصمادي و النهار، 2001).

الطرق والأساليب المستخدمة لقياس فاعلية معلم الطلاب المعوقين عقلياً

ومن الجدير بالذكر أن هنالك عدداً من الطرق التي يمكن من خلالها قياس فاعليّة معلم الطلاب المعوقين عقلياً، وأكثر هذه الطرق شيوعاً استخدام (أسلوب التقدير)، ويتضمّن هذا الأسلوب: تقدير المعلم على قائمة بعدد من السمات أو الخصائص المميّزة للمعلم الذي يفترض أنه فعّال، ويُطلب من المدير أو المشرف التربوي أو حتى زملاء المعلم القيام بعمليّة التقدير. وقياس فاعليّة معلم التربية الخاصّة تهدف إلى مساعدة المعلم في تحسين ممارسته التربويّة وقدرته على تحقيق الأهداف التربويّة (Nevo, 1983).

الخصائص العامّة المستخدمة في قياس فاعليّة معلم الطلاب المعوقين عقلياً

1. الخصائص الشخصيّة المرغوبة.

2. الممارسات التنظيميّة والتعليميّة والتقييميّة وإستراتيجيّات إدارة السلوك (Mandrell & Shank, 1987).

3. استخدام المعلم لأساليب تدريس فعّالة.

4. توفير بيئة صفيّة مريحة.

5. التمتع بكفايات تعليميّة عالية.

6. اتخاذ المعلم القرارات التربويّة المناسبة والالتزام بتنفيذ هذا القرارات (القمش، 2004).

ولقد اتفق معظم الباحثين في مجال (الخصائص الشخصيّة المرغوبة) أن أهمّ عناصر فاعليّة معلم الطلاب المعوقين عقلياً تكمن في:

- درجة حماس المعلم ورغبته الأكيدة في القيام بواجباته التعليميّة.
- الحساسيّة لحاجات الطلبة.
- تمتع المعلم بالمرونة والعقل المتفتح.

أمّا في مجال (الممارسات التنظيميّة): فتشير أدبيّات الموضوع إلى ممارسات تنظيميّة تعتبر على درجة كبيرة من الأهميّة في تحديد فاعليّة المعلم تتمحور حول نقطتين أساسيتين هما:

- الكفايات التعليميّة (Instructional Competencies): أشارت الدراسات إلى أهميّة الكفايات التعليميّة والتي يتم قياسها من خلال الملاحظة المباشرة، وذلك باستخدام نظام ملاحظة التعليم المباشر (Direct Instruction Observation System).

- التطوير وعمليّات التواصل (Performances and Communication): ويشمل ذلك تطوير الأهداف ومهارات التواصل اللفظي التي تميّز المعلم الفعّال عن غيره، إذ إن التعليم الواضح والمتدرّج والمركّز (Clear, Paced & Focused) من أهمّ خصائص المعلم الفعّال (Nuray and Ken, 1995).

وفي مجال (المهارات والممارسات التعليميّة): فقد كشفت دراسات عديدة من أهمّها دراسة (Westling et al, 1981) أن معلم التربية الخاصّة الفعّال هو المعلم الذي يمتاز بما يلي:

- استخدام مواد تعليميّة متعدّدة.
- يضع خطّة تربويّة تدريسيّة.
- يقوم بتقسيم الطلبة إلى مجموعات حسب طبيعة الدرس.
- يستخدم وسائل تعزيز فعّالة.
- يقيم تواصلاً جيداً مع زملائه من المعلمين والإداريّين الآخرين في المدرسة (الزعبي، 1993).

أمّا في مجال (الممارسة التقييميّة): فقد حدّدت الدراسات المتعلقة بالتربية الخاصّة خمس ممارسات تقييميّة يعتمدها المعلم الفعّال وهي:

- مراقبة تقدّم وتطوّر قدرات الطالب عن كثب.
- توفير تغذية راجعة فوريّة (Feedback) لما لذلك من أثر إيجابي في زيادة تحصيل الطالب.
- اعتماد خطّة تربويّة فرديّة تركّز على احتياجات الطالب الحقيقيّة.
- تقسيم الطلبة إلى مجموعات حسب قدراتهم ومستوياتهم.
- تقييم أداء الطلبة بعدالة؛ لما لذلك من أثر على تحصيلهم ومعنوياتهم.

وفي مجال (الإستراتيجيّات الصفيّة): فإن إدارة السلوك من الأساسيّات في مجال التعليم الفعّال، ولقد أشار كل من إمر، جود و ليهر (Emmer, Good and Leher) في أبحاثهم في مجال فاعليّة المعلم إلى خمس ممارسات رئيسيّة يساهم استخدامها في تقليل أشكال السلوك غير المرغوب وهي:

- وضع مستويات سلوكيات للطلبة والسعي لتحقيق هذه المستويات.
- مراقبة سلوكيات الطلبة.
- تعزيز السلوك المرغوب فيه.

- تحديد آثار السلوك غير المرغوب فيه.
- نمذجة السلوك المرغوب (Mandrell and Shank, 1987).

وبصورة عامّة فقد أشارت سكورسكي (1996) Sikorski إلى أن مهارات التدريس الفعّالة لدى معلمي الطلاب المعوقين عقلياً هي تلك التي تتعلق بنمط تقديم المادّة الدراسيّة، وتشجيع مشاركة الطلبة وتقديم إجراءات تغذية راجعة تصحيحيّة.

هذا، وقد أشار روبرت و سميث (1982) Roberts and Smith إلى أن طبيعة المادّة التعليميّة المقدّمة، ومدى ملاءمتها لحاجات الطفل، وفهم خصائص الطفل وحاجاته، ونوعيّة وأسلوب التعليم المستخدمة تعدّ جميعها خصائص أساسيّة في التدريس الصفي. وقد أشارا إلى أن التشخيص الوصفي لتحديد حاجات الطلبة ونقاط قوّتهم وضعفهم وإتقان التعلم والتدريس المباشر تعدّ في حدّ ذاتها مداخل أساسيّة للتدريس الفعّال (الصمادي والنهار، 2001).

وينسجم مع ذلك ما أشار إليه مارلو (1996) Marlow من أن تعليم الطلبة يكون في أفضل حالاته حين يختار المعلم أهداف المادّة بعناية ويركّز على أفضل فرص التعلم مستخدماً أساليب تدريس متنوّعة تدفع الطلبة وتشجّعهم على النمو والإنجاز. وفي دراسة ورست وآخرين (1996) Werst et al حول تصوّرات المعلمين لجوانب المساعدة اللازمة للتعامل مع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصّة في الولايات المتحدة الأمريكيّة تبيّن أن معلمي طلبة الاحتياجات الخاصّة يحتاجون إلى تدريب إضافي للتعامل مع الطلبة، إضافةً إلى إدراكهم لحاجتهم إلى مساعدة الآخرين خارج الصف وداخله. وفي دراسة لونثال (1995) Lowenthal حول كفايات معلم التربية الخاصّة تبيّن أنّ هذه الكفايات هي: معرفة خصائص مرحلة الطفولة المبكرة، التعامل مع العائلة، العمل التعاوني والتنسيقي، وإستراتيجيّات تدخل تستند إلى المرحلة النمائيّة.

أساليب التدريس الفعّالة للطلاب المعوقين عقلياً

من المعروف أن الإعاقة قد تحدّ من قدرة الطفل على التعلم من خلال طرق التدريس العاديّة ممّا يستوجب تزويده ببرامج تربويّة خاصّة تتضمّن توظيف وسائل تعليميّة وأدوات وأساليب مكيّفة ومعدّلة (الخطيب والحديدي، 1994). هذا وقد أفاد

كل من كيرك وجلاجر (1989) Kirk and Gallagher أن وجود الإعاقة لدى الفرد قد تفرض واحداً أو أكثر من الإجراءات التالية:

- تعديل محتوى التدريس.
- تغيير الأهداف التعليميّة.
- تغيير البيئة التعليميّة.

وعند الحديث عن الأساليب التدريسيّة الفعالة للتربية الخاصّة بشكل عام وللمعوقين عقلياً بشكل خاص، فإنه لا بدّ من الإشارة إلى الحقائق التالية:

1. ليس ثمّة طريقة أو نمطاً تعليمياً أو تنظيماً بيئياً أو أدوات أو وسائل تناسب جميع الأطفال المعوّقين في غرفة الصف.
2. تتنوّع البيئات التربويّة (البدائل التربويّة) أكثر للطلبة المعوقين.
3. تؤثر شدّة ونوع الإعاقة في تخطيط التدريس واختيار المكان التربوي.
4. يُعتبر التدريس عديم الفاعليّة إذا لم يكن السلوك تحت السيطرة.
5. تؤثر الفلسفة التي يتبناها المعلم نحو الأفراد المعوّقين على نوع استراتيجيّات التدريس التي يستخدمها (الحديدي، 1992).

وعلى الرغم من أن أساليب التدريس في التربية الخاصّة متنوّعة إلا أنها عموماً تستند إلى ما اتفق على تسميته بالمنحى التشخيصي العلاجي (Diagnostic-Prescriptive Approach)، ويتضمّن هذا النموذج تشخيص المشكلة ووضع خطّة لمعالجتها.

المنحى التشخيصي العلاجي (Diagnostic-Prescriptive Approach)

وتحديداً فإن هذا المنحى يشمل اتباع الخطوات الأربع التالية:

1. تقييم الطالب: قبل البدء بالعمليّة التدريسيّة يقوم المعلم بتقييم أداء الطالب، حيث يجمع المعلومات عنه مستخدماً الملاحظة المباشرة أو الاختبارات الرسميّة المعروفة.
2. التخطيط للتدريس: بناءً على المعلومات التي تمّ جمعها عن أداء الطالب توضع الخطط التدريسيّة لتنفذ من خلال الخطّة التعليميّة الفرديّة للطالب.

3. **تنفيذ الخطّة التدريسيّة:** حيث توضع الخطة التدريسيّة موضع التنفيذ وتوظف الأساليب التعليميّة لتنفيذها، وهذه الأساليب قد تشمل التعليم المباشر (نموذج تحليل المهارات) أو التعليم غير المباشر (نموذج تدريب العمليّات).
4. **تقييم فاعليّة التدريس:** وبعد الانتهاء من تنفيذ الخطّة التدريسيّة يتم تقييم آراء التلميذ ثانيةً لمعرفة مدى التقدّم الذي حدث في أدائه وذلك على ضوء المعايير التي تمّ اعتمادها في الخطّة.

الأساليب التعليمية المستندة إلى المنحى التشخيصي – العلاجي

وبشكل عام يمكن تصنيف الأساليب التعليميّة المستندة إلى المنحى التشخيصي – العلاجي إلى نموذجين رئيسين هما:

- نموذج تدريب العمليّات.
- نموذج تدريب المهارات، ويشار إليه أحياناً بنموذج التدريس المباشر أو نموذج تعديل السلوك، وممّا يجدر ذكره أن البحوث العلميّة تقدّم أدلة قويّة على فاعليّة هذا الأسلوب (الخطيب و الحديدي، 2002).

وفيما يلي عرض لأهمّ أساليب تدريس الطلاب المعوقين عقلياً الفعالة:

أوّلاً: أسلوب تحليل المهمّة (Task Analysis Procedure)

ويقصد به، تحليل المهارة التي سيتعلمها الطفل إلى مهارات جزئية أبسط تكوّن فيما بينها المهارة الرئيسيّة، وترتب هذه الأجزاء في نظام متسلسل حتى تصل إلى المهارة المراد تعلمها (Smith, 1992).

ويعتبر أسلوب تحليل المهمّات من الأساليب التدريسية المناسبة للأطفال غير العاديين، حيث يعرّف ذلك الأسلوب أنه الأسلوب الذي يعمل فيه المعلم على تحليل المهمّة التعليميّة إلى عدد من مكوّناتها أو خطواتها بطريقة منظمة متابعة، أو ما يسمّى بالمهمّات التعليميّة الفرعيّة حيث تحدّد نقطة البداية (المهمّة الفرعيّة الأولى) ثمّ تحدّد المهمّات الفرعيّة التالية حتى يتم تحقيق السلوك النهائي (الروسان، 2001).

وهكذا، فإن معظم أشكال السلوكيات التي يقوم بها الناس هي سلسلة من الاستجابات البسيطة المرتبطة بعضها البعض بشكل وظيفي. وعند استخدام أسلوب

تحليل المهمّة يتم تجزئة السلوك إلى الاستجابات التي يتكوّن منها، وبعد ذلك يتم ترتيب تلك الاستجابات ترتيباً منطقيّاً بدءاً بالاستجابة الأولى في السلسلة السلوكيّة وانتهاء بالاستجابة الأخيرة، ومن ثمّ يقوم المدرِّب بتعليم الطفل الاستجابة الأولى وبعد أن يتقنها يدرِّبه على الاستجابة الثانية وينتقل بعدها إلى الاستجابة الثالثة وهكذا إلى أن يتعلم كل الاستجابات بشكل منطقي وسليم، وغالباً ما يستخدم هذا الأسلوب لاشتقاق أهداف أدائيّة يوميّة من الأهداف قصيرة المدى في البرنامج التربوي الفردي للطفل (الخطيب و الحديدي، 2002).

ويُطلب من المعلم عند استخدام هذا الأسلوب في تدريس المهمّات التعليميّة أن يتبع الخطوات التالية:

1. تحديد الهدف التعليمي (Specify the Objective).
2. تحديد السلوك المدخلي للمتعلم (Specify the Student's Entering Behavior).
3. تحديد الخطوات (المهمّات) التعليميّة التي تقع بين السلوك المدخلي للمتعلم والهدف التعليمي (الهدف السلوكي) (الروسان، 1999).

وفيما يلي مثال على تحليل مهمّة معيّنة:

تحليل مهمّة العد من (1-10)

الهدف التعليمي: أن يعدّ الطالب شفويّاً وبالترتيب من (1-10) بدون مساعدة بنسبة نجاح (100٪) عندما يُطلب منه ذلك بعد مرور شهر من تدريبه على المهارة.

الأهداف التعليميّة الجزئيّة المكوّنة للهدف التعليمي السابق هي:

1. أن يلفظ الطالب رقم (1) دون أخطاء أو تردّد عندما يُطلب منه.
2. أن يلفظ الطالب رقم (2) دون أخطاء أو تردّد عندما يُطلب منه.
3. أن يلفظ الطالب رقم (3) دون أخطاء أو تردّد عندما يُطلب منه.
4. أن يعدّ الطالب من (1-3) بشكل صحيح مع الترتيب.
5. أن يعدّ الطالب من (1-4) بشكل صحيح مع الترتيب.

6. أن يعدّ الطالب من (1-5) بشكل صحيح مع الترتيب.
7. أن يعدّ الطالب من (1-6) بشكل صحيح مع الترتيب.
8. أن يعدّ الطالب من (1-7) بشكل صحيح مع الترتيب.
9. أن يعدّ الطالب من (1-8) بشكل صحيح مع الترتيب.
10. أن يعدّ الطالب من (1-9) بشكل صحيح مع الترتيب.
11. أن يعدّ الطالب من (1-10) بشكل صحيح مع الترتيب (الخطيب، 1992).

ثانياً: أسلوب تشكيل السلوك (Shaping Behavior Procedure)

التشكيل هو تعزيز الاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي المُراد الوصول إليه، ويشتمل على الاقتراب خطوة فخطوة من السلوك المطلوب وذلك من خلال مساعدة المتعلم على الانتقال على نحو تتابعي من السلوك الذي يستطيع القيام به حالياً (السلوك المدخلي) إلى السلوك الذي يتوخى تحقيقه (السلوك النهائي) (الخطيب، 1993).

ويُطلب من المعلم إتباع الخطوات التالية عند استخدامه لأسلوب تشكيل السلوك كأسلوب تعليمي:

1. تحديد السلوك النهائي (Shaping the Target Behavior): ويقصد بذلك تحديد السلوك النهائي أو الهدف النهائي المرغوب فيه من قبل المتعلم.
2. تحديد السلوك المدخل للمتعلم (Shaping the Initial Students Behavior)، ويقصد بذلك تحديد مستوى الأداء الحالي للمتعلم، وذلك من خلال قياس مستوى الأداء الحالي أو ملاحظة سلوك الطفل الحالي قبل بداية التعلم وذلك من أجل تحديد نقطة البداية في تعلم الطفل للمهمّة التعليميّة.
3. تحديد المعزّز القوي والمناسب (Selecting a Powerful Reinforce): ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على اختيار المعزّز القوي المناسب والذي يعمل على تعزيز السلوك المدخلي، ويعمل على تكراره، وإثارة دافعيّة المتعلم إلى أقصى حدّ ممكن حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

4. تعزيز السلوك المدخلي حتى يحدث بشكل متكرّر (Reinforcing the Initial Behavior Until it Occurs Frequently): ويقصد بذلك تعزيز السلوك المدخلي وذلك بهدف حدوث السلوك الأولي بشكل متكرّر، حتى يؤدي السلوك المدخلي إلى السلوك اللاحق والذي يقترب من السلوك النهائي.

5. تعزيز السلوك الذي يقترب تدريجياً من السلوك النهائي (Reinforcing Successive Approximations of Target Behavior).

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على تعزيز السلوك التدريجي الذي يقترب من السلوك النهائي، حيث يعزّز المعلم الخطوة رقم (2)، ثمّ الخطوة رقم (3)، ثمّ الخطوة رقم (4) وهكذا حتى يتم تحقيق السلوك النهائي.

6. تعزيز السلوك النهائي كلما حدث (Reinforcing the Target Behavior Each Time) ويقصد بذلك تعزيز السلوك النهائي عندما يحدث، وكما حدث ويطلب من المعلم اختيار المعزّز المناسب للسلوك النهائي.

7. تعزيز السلوك النهائي وفق جداول التعزيز المتغيّرة (Reinforcing the Target Behavior on Intermittent Reinforcement Schedule):

ويقصد بذلك أن يعمل المعلم على استخدام نظام التعزيز الذي يقوم على أساس من التعزيز وفق جداول الزمن أو الاستجابة المتغيّرة، وذلك من أجل المحافظة على نشاط المتعلم واستمراريّته في التعلم (الروسان، 2001).

مثال عملي تطبيقي على أسلوب تشكيل السلوك

الهدف التعليمي:

أن يمشي الطفل مسافة خمس خطوات وبدون مساعدة وبنسبة نجاح (100٪).

تحليل السلوك النهائي:

- أن يقف الطفل بدون مساعدة.
- أن يمشي الطفل وهو يمسك بكلتي يدي الأم مسافة خمس خطوات.
- أن يمشي الطفل وهو يمسك بيد الأم الواحدة خمس خطوات.
- أن يمشي الطفل بدون مساعدة خطوة واحدة إلى الأمام.

- أن يمشي الطفل بدون مساعدة خطوتين إلى الأمام.
- أن يمشي الطفل بدون مساعدة ثلاث خطوات إلى الأمام.
- أن يمشي الطفل بدون مساعدة أربع خطوات إلى الأمام.
- أن يمشي الطفل بدون مساعدة خمس خطوات إلى الأمام (الروسان، 2001).

ثالثاً: أسلوب تسلسل السلوك (Chaining Procedure)

يُعدّ أسلوب تسلسل السلوك أسلوباً مكمّلاً لأسلوب تشكيل السلوك، وإذا كان أسلوب تشكيل السلوك يتعامل مع سلوك مكوّن من عدد من الاستجابات، فإن أسلوب تسلسل السلوك يتعامل مع عدد من أشكال السلوك المتسلسلة والمكوّنة لسلوك عام مثل كتابة فصول كتاب، أو الحصول على درجة جامعيّة، أو مدرسيّة، وتكوّن الأمثلة السابقة من عدد من الحلقات في كل منها، سلوك عام يتألف من عدد من الحلقات، حيث تمثل كل حلقة، والمتصلة بالحلقة اللاحقة سلسلة من أشكال السلوك المتسلسلة المكوّنة في النهاية إعداد كتاب يتألف من عدد من الفصول أو الحلقات، والأمر كذلك في حالة الحصول على درجة جامعيّة. وعلى ذلك يبدو الفرق واضحاً بين كل من تشكيل السلوك، وتسلسل السلوك، إذ يتعامل أسلوب تشكيل السلوك مع سلوك واحد يمكن تحليله إلى عدد من المهمّات الفرعيّة، في حين يتعامل أسلوب تسلسل السلوك مع عدد من حلقات السلوك المترابطة لتشكّل معاً سلوكاً عامّاً (الروسان، 2001).

ويستند التسلسل إلى تحليل المهارات (Task Analysis) وهي عمليّة تهدف إلى:

- تحديد الخطوات اللازمة لتحقيق السلوك المستهدف.
- تحديد مستوى الأداء الحالي.

ويعرّف تحليل المهارات على أنه تجزئة المهمّة المطلوبة من الشخص إلى الحلقات الصغيرة التي تتكوّن منها وترتيبها على شكل متسلسل اعتماداً على موقع كل من هذه الحلقات في السلسلة. وبعد ترتيب الاستجابات يتم تعليم الاستجابة الأولى، ثمّ الثانية، فالثالثة... الخ، إلى أن يؤدي الفرد السلسلة بكاملها. وإذا تبيّن أنه لا يستطيع تأدية إحدى الحلقات في السلسلة، وهذا ليس أمراً مستبعداً، لا بدّ من العمل على

تشكيلها. وفي هذا النموذج يكون التركيز على المهمّة التي سيؤديها الفرد لا على قدرته الداخليّة. بمعنى آخر، فتحليل المهارات يتعامل مع استجابات يمكن ملاحظتها وقياسها بشكل مباشر (الخطيب، 2003).

وتميّز بوفتش (1981) Popovich بين نوعين من أساليب تشكيل السلوك، الأوّل ويسمّى تشكيل السلوك الأمامي (Forward Chaining)، أمّا الثاني فيسمّى تسلسل السلوك العكسي (Backward Chaining).

ويُعرّف أسلوب تسلسل السلوك الأمامي بأنه ذلك الأسلوب التدريسي الذي يعمل على بدء عمليّة تعلم المهارة من الخطوة الأخيرة في سلسلة تعلم المهارة. في حين يُعرّف أسلوب تسلسل السلوك العكسي بأنه ذلك السلوك التدريسي الذي يعمل على البدء بتعلم المهارة الأخيرة في السلسلة، ثمّ ينتقل تدريجياً في السلسلة نحو الخطوة الأولى (الروسان، 2001).

إجراءات تسلسل السلوك

يتطلب استخدام أسلوب تسلسل السلوك كأسلوب من أساليب تعديل السلوك عدداً من الإجراءات هي:

- تحديد الهدف النهائي أو السلوك النهائي لاستخدام هذا الأسلوب.
- تحليل الهدف النهائي إلى عدد من أشكال السلوك المتسلسلة والمترابطة معاً في سلسلة تسمّى سلسلة السلوك أو سلسلة الاستجابات المترابطة معاً في حلقات.
- تعزيز السلوك النهائي أو الاستجابة النهائيّة.
- صعوبة الانتقال من استجابة أو سلوك إلى آخر في سلسلة الاستجابات أو أشكال السلوك دون نجاح في الحلقة السابقة.

ويوضّح المثال التالي تطبيقاً عمليّاً لاستخدام أسلوب تسلسل السلوك الأمامي في تعليم مهارة القراءة.

مهارة القراءة

تتكوّن هذه المهارة من عدد من الاستجابات (أو أشكال السلوك) المترابطة في سلسلة من الحلقات، لتشكّل جميعها ومعاً مهارة القراءة، والمكوّنة من الحلقات التالية:

- مهارة تقليب صفحات كتاب مصوّر.
- مهارة التعرّف إلى الصور في الكتاب.
- مهارة التعرّف إلى الكلمات.
- مهارة مطابقة الكلمات.
- مهارة القراءة الجهريّة للكلمات/ والجمل.
- مهارة القراءة للفقرات في كتاب.
- مهارة القراءة لعدد من الصفحات في كتاب.
- مهارة القراءة الصامتة.
- مهارة القراءة الاستيعابيّة.

ويمكن توظيف أسلوب تسلسل السلوك في عدد من مجالات الحياة، وكذلك في مجالات التدريس ومنها مجالات تدريس وتدريب الطفل على المهارات الحركيّة العامّة والدقيقة، ومهارات الحياة اليوميّة والمهارات اللغويّة وغيرها من المهارات التعليميّة (الروسان، 2001).

رابعاً: أسلوب الحث (Prompting Procedure)

يُعرّف أسلوب الحث على أنه ذلك الأسلوب الذي يتضمّن تقديم مثير تمييزي يحفز المتعلم على القيام بالاستجابة المطلوبة، خاصةً إذا اتبع الحث بالمعزّز المناسب في بداية عمليّة التعليم (الروسان، 2001).

فالحث هو إجراء يشتمل على الاستخدام المؤقت لمثيرات تمييزيّة إضافيّة بهدف زيادة احتماليّة تأدية الفرد للسلوك المستهدف، وذلك من أجل تميزها عن المثيرات التمييزيّة المتوفرة أصلاً في البيئة. فالمثيرات التمييزيّة السائدة لا تصاحب السلوك في العادة وإنما يزوّدها للشخص شخص آخر لغاية معيّنة بمعنى آخر، فالحث في الحقيقة

هو حث الفرد على أن يسلك على نحو معيّن والتلميح له بأنه سيعزّز على ذلك السلوك (الخطيب، 2003).

هذا ويوجد ثلاثة أنواع من الحث هي:

1. **الحث اللفظي (Verbal Prompt)**: ويقصد به تقديم المساعدة اللفظيّة التي تعمل على تحقيق السلوك المطلوب تعلمه كأن تذكر المتعلم بما يجب عليه القيام به أو أن يشجّع على القيام بالمهارة.
2. **الحث الإيمائي (Gestural Prompt)**: ويقصد به تقديم المساعدة الإيمائيّة للمتعلم التي تعمل على تحقيق السلوك المطلوب تعلمه كان تنظر إلى الشيء المطلوب تعلمه بعينيك أو تشير إليه من بعيد لتوجّه انتباه المتعلم إلى ذلك السلوك المطلوب.
3. **الحث الجسمي (Physical Prompt)**: ويقصد به تقديم المساعدة الجسميّة للمتعلم والتي تعمل على تحقيق السلوك المطلوب تعلمه، كأن تعمل على حمل يد الطفل وتساعده في الكتابة (الروسان، 2001).

والحث إجراء ضروري ومفيد في محاولات التدريب الأولى، عندما يكون الهدف مساعدة الأشخاص العاديين على اكتساب سلوكات جديدة ليس بمقدورهم تأديتها حالياً. أمّا إذا كان الشخص ضعيفاً، فغالباً ما تكون هناك حاجة للحث لمدة أطول، بشكل متكرّر أكثر، خاصّة إذا كان السلوك المستهدف من التدريب سلوكاً معقداً، فالحث المتكرّر سيؤدي إلى اعتماد الفرد عليه، فهو قد لا يقوم بتأدية السلوك إلا إذا تم تلقينه، ولهذا لا بدّ من العمل على إخفائه بأكبر سرعة ممكنة.

خامساً: الإخفاء

الإخفاء هو الإزالة التدريجيّة للتلقين بهدف مساعدة الفرد على تأدية السلوك المستهدف باستقلاليّة، والإخفاء إجراء ضروري في أية حالة تعمل فيها المثيرات غير التقليديّة على ضبط السلوك.

كيفيّة استخدام الإخفاء

1. يجب تحديد المثيرات التميزيّة السائدة، ويجب أن يستند اختيار المثيرات التميزيّة الطبيعيّة إلى حقيقة أن هذه المثيرات توجد بشكل متواصل في البيئة الطبيعيّة.

2. يجب تحديد خطوات الإخفاء، فبعد أن يتضح لنا أن الاستجابة المستهدفة قد أصبحت تحدث بشكل متواصل نتيجة للتلقين عندها لا بدّ من البدء بإخفاء التلقين تدريجيّاً. والمبدأ العام المتبع في الإخفاء هو الاعتماد على تقييم الأداء لتحديد سرعته، فإذا كان الإخفاء سريعاً جداً فالاستجابة قد تتوقف عن الحدوث تماماً، وإذا كان الإخفاء بطيئاً جداً فقد يصبح اعتماد الفرد على التلقين كبيراً جداً مما يؤثر سلباً في أدائه المستقل (Martin and Pear, 1998).

3. طريقة الإخفاء المناسبة تعتمد على نوع التلقين المستخدم، ويمكن إخفاء التلقين اللفظي من خلال تقليل عدد الكلمات المستخدمة كأن يُقال تعال. بدلاً من أن يُقال أحمد، تعال هنا، أو من خلال تخفيض حدّة الصوت تدريجيّاً بحيث يصبح الشخص بحاجة إلى الانتباه جيداً إلى الملقن ليسمع ما يقوله تدريجيّاً بحيث يصبح في النهاية قادراً على قراءة شفاه الملقن. ويمكن إخفاء التلقين الإيمائي بتقليل حجم الإيماء كاستخدام الإصبع بدلاً من اليد كلها، أو بالانتقال من تلقين واضح إلى تلقين أقل وضوحاً. كالنظرة بدلاً من الإشارة، أمّا التلقين الجسدي فيمكن إخفاؤه بتقليل الضغط الناتج عن اللمس فبدلاً من لمس الفرد باليد، يمكن لمسه بجزء منها، ثمّ بالأصابع، وأخيراً بإصبع واحد فقط... الخ (الخطيب، 2003).

سادساً: أسلوب التدريس المباشر/التعليم الموجّه (Direct Instruction)

يُعتبر التعليم المباشر أسلوباً للتعليم الفردي وذلك عندما يكون المربي بصدد تدريب مهارات أو سلوكيات أو مفاهيم محدّدة مثل تعليم العد من واحد إلى عشرة، أو ارتداء القميص أو لقف الطابة أو متابعة مهمة ما لمدة خمس دقائق أو تسمية الألوان... الخ.

ويتضمّن أسلوب التدريس المباشر خمسة إجراءات رئيسيّة هي:

أ. وضع الأهداف بطريقة سلوكيّة: بحيث يتم تحديد السلوك المطلوب أداؤه والشروط الضروريّة لحدوثه والمحك (المعيار) الذي يمكن بواسطته الحكم على ذلك السلوك.

مثال ذلك: أن يتناول الطالب المكعب الأحمر من بين خمسة مكعبات ألوانها مختلفة، وينجح في (80٪) من المحاولات لمدّة يومين متتالين.

ب. تحليل المهمّة المُراد تعليمها: فالهدف السلوكي يتضمّن مهمّات معيّنة على الطالب القيام بها ليحقق الهدف، وهذه المهمّات يجب تحليلها إلى مهمّات أصغر وهناك نوعان من التحليل:

- الأوّل: يقوم على أساس تجزئة المهمّة إلى أجزائها الأساسيّة والهدف النهائي هو أن يقوم الطالب بتأدية جميع الأجزاء مجتمعة.
- الثاني: يقوم على أساس تجزئة المهمّة إلى مهمّات أصغر، وترتيب تلك المهمّات في تسلسل حسب درجة صعوبتها بحيث تكون المهمّة النهائيّة هي الهدف النهائي للسلوك.

ج. تحديد الإجراءات التعليميّة: حيث إن تعليم المعوّقين عقليّاً يتطلب تحديداً دقيقاً للإجراءات التي يتبعها المربّي.

والإجراءات التعليميّة وفق أسلوب التعليم المباشر هي:

- التعلم اللفظي: مثال ذلك، خذ المكعب الأحمر، أعطني المكعب الأحمر.
- الوسائل التعليميّة: مثال ذلك، مكعبات من نفس الشكل واللون والنوعيّة.
- الاستجابة المطلوبة: مثال ذلك، أن يناول الطالب المكعب الأحمر للمربّي.
- رد فعل المعلم للاستجابة: مثال ذلك، تعزيز الاستجابة عندما تكون إيجابيّة مع تحديد نوع التعزيز، أو تصحيح الاستجابة عندما يفشل الطالب.

د. تحديد أساليب التقييم: حيث يجب على المربي قبل البدء في تعليم مهارة ما أن يحدّد المتطلبات أو المهارات السابقة الواجب توافرها، ومن ثمّ يقيّم مستوى أداء الطالب لتلك المهارة وعلى ضوء ذلك التقييم يحدد المرحلة التي سيبدأ بتعليمها.

هـ. تحديد إجراءات التقييم: حيث يصعب على المؤلفين تعميم الخبرة التعليميّة من موقف معيّن إلى مواقف أخرى، لذلك يجب أن يتضمّن البرنامج إجراءات لتعميم الخبرة التعليميّة إلى المواقف المشابهة للموقف التعليمي مع الأخذ بعين الاعتبار التنويع في الأشخاص والأمكنة والتعليمات اللفظيّة والوسائل (الخطيب، 1992).

سابعاً: النمذجة (Modeling)

يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوكيات الأفراد الآخرين. هذا ويتعلم الإنسان عدداً من الأنماط السلوكيّة، مرغوبة كانت أو غير مرغوبة، من خلال ملاحظة الآخرين وتقليدهم، ويسمّى التغيير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظته لسلوكيات الآخرين بالنمذجة. كذلك تسمّى عمليّة التعلم هذه بمسمّيات مختلفة منها: التعلم بالملاحظة، والتعلم الاجتماعي، والتقليد، والتعلم المتبادل، وقد تحدث النمذجة عفوياً أو قد تكون نتيجة عمليّة هادفة وموجّهة تشمل قيام نموذج بتأدية سلوك معيّن بهدف إيضاح ذلك لشخص آخر يُطلب منه الملاحظة والتقليد. كذلك فالنمذجة عمليّة حتميّة، فالأبناء يقلدون الآباء، والطلاب يقلدون المعلمين، والمتعالجون يقلدون المعالجين، وهكذا (الخطيب، 2003).

ويوضّح كازدين (Kazdin) أسلوب النمذجة كأسلوب من أساليب تعديل السلوك على أنه إجراء يتضمّن تعلم استجابات جديدة عن طريق ملاحظة الأنموذج أو تقليده، وقد يحدث التعلم بدون أن تظهر على الفرد استجابات متعلمة فوريّة، وقد تحدث لاحقاً.

لذا يهدف هذا الأسلوب إلى تعديل سلوكيات الأفراد وذلك من خلال مراقبة نماذج مرغوب فيها، إذ يعزّز سلوكيات الأفراد لاحقاً بعد تقليدهم لتلك النماذج السلوكيّة، وفيما يلي أهمّ الأهداف التي يسعى أسلوب النمذجة لتحقيقها:

1. زيادة تكرار السلوك المرغوب فيه، إذا تمّ تعلم أشكال جديدة من السلوك يزداد تكرارها لاحقاً في مواقف مماثلة خاصة إذا عُزّزت.
2. كف أشكال السلوكيات غير المرغوب فيها.
3. تسهيل ظهور الأنموذج الذي يقوم بالسلوك بكل بساطة وسهولة دون خوف أو قلق (الروسان، 2001).

وتعتبر النمذجة من الطرق البسيطة نسبياً والواضحة لتعليم الطفل المعوّق سلوكاً ما، والتي تشمل على قيام المعلم او شخص آخر (نموذج) بتعليم الطفل المعوّق كيف يفعل شيئاً ما ومن ثمّ الطلب منه أن يقلد ما يشاهده، ولتحقيق ذلك يحتاج المعوّق إلى التشجيع والانتباه والتعزيز، هذا وقد أوضحت دراسات متعدّدة فاعليّة النمذجة والتقليد في تعليم الأطفال المعوّقين عدد من المظاهر السلوكيّة الصفيّة المناسبة (الخطيب، 1993).

إجراءات أسلوب النمذجة

يتضمّن أسلوب النمذجة كأسلوب من أساليب تعديل السلوك عدداً من الإجراءات التي لا بدّ من توفرها وهي:

1. السلوك الأنموذج: ويقصد بذلك توفير السلوك المرغوب فيه، والقيام به من قبل نموذج مرغوب فيه لدى المتعلم، وخاصّة النماذج الحيّة أو المصوّرة.
2. مكانة الأنموذج: ويقصد بذلك توفير النموذج الذي يحظى بمكانة وقيمة اجتماعيّة لدى المتعلم، كالآباء والمعلمين.
3. تحديد جنس الأنموذج: ويقصد بذلك جنس النموذج (ذكراً كان او انثى).
4. مكافأة الأنموذج: فالسلوك الصحيح الذي يقلده عن الأنموذج يجب ان يعزّز إذ يعدّ التعزيز في هذه الحالة دافعاً حقيقيّاً إلى تقليد ذلك السلوك.
5. الرغبة والقدرة على تقليد سلوك النموذج من قبل المتعلم (الروسان، 2001).

العوامل التي تزيد فعاليّة النمذجة

حتى تكون عمليّة النمذجة عمليّة فعّالة فلا بدّ من مراعاة الأمور التالية:

1. انتباه الملاحِظ للنموذج (Attentional Processes) فالإيضاحات التي يقدّمها النموذج للملاحِظ لن تكون ذات قيمة إذا لم ينتبه إليها الملاحِظ، لذلك يجب التأكّد من أن الملاحِظ يتابع سلوك النموذج وهذا قد يتطلب استخدام الحث بأشكاله المختلفة.
2. دافعيّة الملاحِظ (Motivational Processes) حيث تتأثر احتماليّة تقليد الملاحِظ للنموذج أيضاً بدافعيّته، فإذا لم يكن لديه دافع للتقليد فالنمذجة سوف تفشل. كذلك تتأثر دافعيّة الملاحِظ بعوامل أخرى منها، عمر النموذج وجنسه ومكانته.
3. مقدرة الملاحِظ الجسديّة على تقليد سلوك النموذج (Motor Reproduction Processes): فحتى تكون النمذجة عمليّة فعّالة، يجب التأكّد من أن لدى الملاحِظ القدرة الجسديّة اللازمة لأداء المهارات الحركيّة المطلوبة منه.
4. مقدرة الملاحظ على الاستمرار بتأدية السلوك بعد اكتسابه (Retention Processes) يجب تشجيع الملاحِظ على الاستمراريّة بتأدية السلوك المستهدف بعد اكتسابه له.

وهكذا تعتبر النمذجة أسلوباً فعّالاً لتشكيل العديد من الأنماط السلوكيّة، فلقد بيّنت الدراسات إمكانيّة استخدام هذا الأسلوب لتعليم الأطفال مهارات العناية بالذات، كذلك إمكانيّة استخدام النمذجة بفعاليّة لمساعدة الأفراد على اكتساب المظاهر السلوكيّة المعقدة. فالنمذجة تلعب دوراً هامّاً في اكتساب المهارات اللغويّة، والاجتماعيّة، والشخصيّة، والمهنيّة. وعلى وجه العموم، تصبح النمذجة أكثر فاعليّة عند استخدامها مع إجراءات سلوكيّة أخرى من مثل المشاركة الموجّهة، ولعب الأدوار، والممارسات السلوكيّة، والتعزيز، والتغذية الراجعة (Martin and Pear, 1998).

ثامناً: تعليم الأقران (Peer Tutoring)

لقد تطوّر استخدام نمذجة الأقران، وتعليمهم في الوقت الراهن حتى أصبح واحداً من أهمّ ميادين البحث في ميدان الأداء الاجتماعي. إن علاجات الأقران غير

المباشرة تساعد في تحديد الحجم لاتصال الراشدين، والتي تميل إلى التداخل مع اكتساب الأطفال للكفاية الاجتماعيّة كذلك فإن الآباء، والمعلمين، والمتخصصين مهتمّون في التخطيط وفي استخدام البرامج التي توصل المهارات الاجتماعيّة المناسبة. وغالباً ما يوفر الأقران أمثلة اجتماعيّة أكثر طبيعيّة والتي بدورها تدعم التعميم والمحافظة على البرنامج (القمش، 2004).

ويشير مارتيلا Martella et al (1995) إلى أن أسلوب تعليم الأقران فعّال جداً في تعليم الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة لكل من المهارات الأكاديميّة والاجتماعيّة ومهارات التواصل، ويضيف أن هذا الأسلوب يزوّد الطلبة ذوي الإعاقات الشديدة بالتدريس الفردي، ممّا يساعد على توفير الوقت بالنسبة لمعلم الصف ويساعده على إدارة صفه بشكل أفضل، حيث يشعر العديد من معلمي الأطفال المعوقين عقلياً بعدم وجود وقت كافٍ في اليوم الدراسي في تدريس الطلاب بالطريقة الفرديّة، ويجد هؤلاء المعلمين في أسلوب تعليم الأقران طريقة تمنح الوقت الكافي للمعلم ليقوم بعمليّة التدريب والتعليم.

كذلك يُشير كل من بريسلي و هوجهس Presley and Hughes (2000) إلى أن أسلوب تعليم الأقران يساعد المعلم للتأكّد بأن الطالب:

- يفهم المهمّة التعليميّة بطريقة بسيطة.
- يتعلم المهمّة التعليميّة بوقت مناسب (أي ليس بطيئاً وليس سريعاً جداً).
- يسأل أسئلة حول المهمّة بحريّة دون أن يخجل عند سؤاله للمعلم أمام جميع طلاب الصف.
- لديه شخص واحد فقط يوضّح له فيما إذا كانت إجابته صحيحة أم لا.
- لديه شخص واحد فقط يساعده ويشجّعه لإنهاء المهمّة المكلف القيام بها.

وعلى كل حال، ما زالت هناك قضيّة أخرى تتمثل في كيفيّة زيادة انخراط الأقران خلال حياة الطفل الطبيعيّة. إن الآباء والمعلمين والعاملين غالباً ما يكونون على قدم المساواة في الشعور بحجم كبير من الإحباط عند محاولة إدخال الأقران في برامج الأطفال المعوقين عقلياً. تحتاج المتغيّرات التي تهمل من التفاعل الاجتماعي أكثر

تعزيزاً لكل الأطراف إلى تحديد واستغلال أكبر. وبشكل عام، يجب العمل على إتاحة الفرصة بحيث يتم جلب الأقران طبيعياً إلى البيئة. كما ويظهر أيضاً حاجة الأطفال بأن يكون لديهم قدر معيّن من التحكّم في الموقف، حيث إنه يجب أن يتم إعطاؤهم خيارات ومسؤوليّات، مما يظهر البرنامج وكأنه ملك لهم يستطيعون التحكّم فيه (كوجل، 2003).

تاسعاً : إستراتيجية تدريب الحواس المتعدّدة

يقصد بهذه الإستراتيجية أن يقوم المعلم أو المدرّب بالتركيز على حواس الطفل جميعها في تدريبه على المهارات أو تدريسه، مستعيناً بالوسائل التعليميّة المرتكزة على الحواس السمعيّة أو البصريّة أو... الخ. ويرتكز هذا الأسلوب على مبدأ أن الطفل سوف يكون أكثر قابليّة للتعلم عندما تستخدم أكثر من حاسة واحدة من حواسه في تعلمه. ويُعتبر أسلوب (فرنالد Ferland) المسمّى بأسلوب (VAKT) نموذجاً لهذه الإستراتيجية حيث (V) تمثل البصر (Visual) و(A) تمثل السمع (Auditory) و(K) تمثل الإحساس بالحركة (Kinesthatic) و(T) تمثل السمع اللمس (Tactual). في الخطوة الأولى من هذا الأسلوب يحكي الطفل قصة للمدرّس ثمّ يقوم المدرّس بكتابة كلمات هذه القصة على السبورة ويطلب من الطفل أن ينظر إلى الكلمات (البصر)، ثمّ يستمع إلى المدرّس عندما يقرأ هذه الكلمات (السمع) ثمّ يقوم الطفل بقراءتها (النطق)، وأخيراً يقوم بكتابتها (اللمس والإحساس بالحركة) (السرطاوي، وسيالم، 1987).

عاشراً: تكييف التعليم

تتطلب طبيعة المشكلة التي يعاني منها بعض الأطفال المعوّقين تكييف الأساليب التدريسيّة لتتلاءم مع طبيعة الفرد المعوّق، كذلك تصميم وسائل وأدوات تعليميّة خاصّة أو تكييف وتعديل الوسائل التعليميّة التقليديّة.

ويُشير الخطيب والحديدي (2002) إلى أن تكييف التعليم يشمل الجوانب الأساسيّة التالية:

- تعديل الحصص لتلبي حاجات الأطفال.

- تعديل معدل السرعة في تقديم المحتوى الدراسي.
- توفير التعليم الإضافي.
- مراجعة المعلومات.

ومن الأدوات والوسائل التي قد تلزم تلك المخصّصة للأطفال الذين لا يستطيعون الكتابة باليد؛ لأن ضعفهم الحركي يمنعهم من حمل أدوات الكتابة، كذلك بعض الأطفال يظهرون حركات لاإرادية غير منتظمة وهم بحاجة إلى أدوات خاصة لتثبيت الأوراق، كما يحتاج بعض الأطفال إلى أدوات معدّلة لتأدية مهارات العناية بالذات، وثمّة أطفال معوقون يحتاجون إلى أدوات مكيّفة للتواصل مع الآخرين بطرق بديلة.

اسلوب دمج الطلاب المعوقين عقلياً

منذ عقد السبعينات من القرن الماضي بذلت جهود مكثفة في دول عديدة لترجمة فلسفة التطبيع إلى ممارسات وبرامج عملية عرفت باسم الدمج. وقد ظهرت تعريفات كثيرة للدمج لعل أكثرها انتشارا تعريف (Kauffman, Gotleib, Agard, & Kuki, 1975) وينص على: الدمج التعليمي والاجتماعي والوقتي للأطفال المعوقين القابلين للدمج مع أقرانهم العاديين اعتماداً على عملية تخطيط وبرمجة تربوية مستمرة، وموضحة فيه المسؤوليات للقائمين على تعليمهم (Kenneth A., 2002 : 202)

وقد أوضح (الخطيب، 2004) بأن هناك عناصر مشتركة لمعظم التعريفات التي تناولت الدمج وهي:

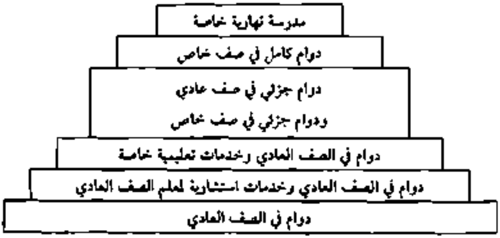
1. تعليم المعوقين في المدارس العادية.
2. اعتماد الحاجات والخصائص الفردية للطالب لتحديد البديل التربوي المناسب له.
3. التعاون ما بين معلمي التربية الخاصة ومعلمي الفصول العادية ضمن نفس النظام التربوي.
4. الدمج التعليمي والاجتماعي إلى اقصى حد ممكن للطالب ذوي الاحتياجات الخاصة.

5. الدمج الجزئي والدمج الكامل.

6. الإبقاء على الأوضاع المعزولة لذوي الحاجات الخاصة الشديدة.

هذا ولقد تعرض مفهوم الدمج لسوء فهم كبير وأحدث إرباكاً حقيقياً لأن البعض رأى فيه دعوة لإغلاق صفوف ومدارس التربية الخاصة وتعليم جميع الأطفال المعوقين في الصفوف الدراسية العادية. ومن هنا ظهر مصطلح البيئة الأقل تقييداً وقد أوضح ستيفنز (Stephens, 1982) هذه القضية بقوله : أن الدمج لا يعني تعليم جميع الأطفال المعوقين في الصفوف العادية ولكنه يعني توفير فرص التعلم القائمة على المساواة وذلك من خلال إلحاقهم بالبنية التربوية الأكثر ملاءمة وقدرة على تلبية حاجاتهم وفي كثير من الحالات تتمثل هذه البيئة في الصف الدراسي العادي إن لم يكن طوال الوقت فبعض الوقت على أقل تقدير.

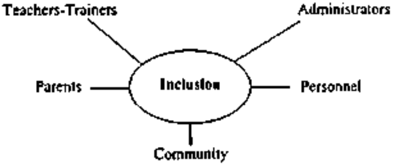
وظهر ما يسمى بهرم الخدمات التربوية الخاصة والذي أشار إليه (القريطي، 2001) بشكل هرمي أسماه التدرج الهرمي لبرامج التربية الخاصة ومستوى خدماتها. وقد بينت (Deno, 1970) أن قاعدته تشكل الأوضاع الأقل تقييداً وقمته الأوضاع الأكثر تقييدا، ويوضح الشكل رقم (1 – 4) ذلك.



شكل رقم (1 – 4): هرم البدائل التربوية (القريطي، 2001)

عناصر عملية الدمج للطلاب المعوقين عقلياً

هناك عناصر أساسية لا غنى عنها عند العمل مع الأطفال المعوقين عقلياً وبمفهومنا للدمج فإن هذه السياسة تتطلب إلى تخطيط وتهيئة تستهدف مكان الدمج سواء الفصل أو المدرسة. وكذلك القائمين على تعليم وتدريب الطفل في تلك البيئة (المعلم والاختصاصي) وكذلك فإن هذا الزمر يتطلب إرشاد الأسرة، وتهيئة المحلية التي يأتي فيها الطفل وإليها يعود بعد انتهائه من البرنامج لتعميم ما تعلمه وتوظيفه ضمن واقعه المعاش (صادق، 1998). ويوضح الشكل رقم (2 – 4) العناصر الخمس الأساسية لدمج الطلبة المعوقين عقلياً.



شكل رقم (2 – 4): عناصر عملية الدمج (صادق، 1998)

أنواع الدمج

لقد حددت وارنوك Womock ثلاثة أشكال للدمج:

1. الدمج المكاني Locational Inclusion: يتم تعليم الأطفال المعوقين عقلياً في المدارس العامة ضمن صفوف أو وحدات صفية خاصة أو بحيث تشترك الفصول الخاصة مع المدرسة العامة بالبناء المدرسي.
2. الدمج الاجتماعي Social Inclusion: مشاركة الطلاب المعوقين عقلياً الملتحقين بالصفوف الخاصة مع زملائهم الأطفال العاديين من نفس المدرسة بالأنشطة المختلفة كاللعب، الرحلات، حصص الفن، الأنشطة الاجتماعية المختلفة.

3. الدمج الوظيفي Functional Inclusion: يتم تحقيقه بتحقيق الشكلين السابقين حيث يتم هنا دمج الأطفال المعوقين عقلياً مع الأطفال العاديين تحت نفس المنهاج والبرنامج الدراسي سواء أكان كل الوقت أو بعضه. (مسعود، 1984).

4. الدمج المجتمعي Social Inclusion: دمج ذوي الاحتياجات الخاصة إلى المجتمع بعد تخريجهم من المدارس أو مراكز التأهيل بحيث تضمن لهم حق العمل وتكوين الأسرة (السرطاوي، 1987).

وقد قسم (Grunwald, 1992) الدمج إلى:

1. الدمج البدني: بعيش الأفراد المعاقين مع الأفراد العاديين ضمن وحدات صغيرة معا.
2. الدمج الوظيفي: يشترك المعوق والعادي بخدمات مشتركة كأن يعمل كلاهما في مؤسسة واحدة.
3. الدمج الاجتماعي: الاشتراك في أنشطة مجتمعية غير أكاديمية. (شقير، 2002)

أهداف الدمج التربوي وغاياته

يحقق الدمج التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة مجموعة من الأهداف والغايات منها:

1. إتاحة الفرصة لجميع الأفراد المعوقين عقلياً للتعليم المتكافئ والمتساوي مع أقرانهم من الأفراد في المجتمع.
2. إتاحة الفرص لذوي الاحتياجات الخاصة للانخراط في الحياة العادية، والتفاعل مع الآخرين.
3. إتاحة الفرصة لطلاب المدارس العادية للتعرف على الطلاب المعوقين عقلياً عن قرب وتقدير مشكلاتهم ومساعدتهم على مواجهة متطلبات الحياة. ويخلصهم الدمج أيضاً من الأفكار الخاطئة حول خصائص أقرانهم وإمكانياتهم وقدراتهم من المعوقين عقلياً.

4. يركز الدمج على خدمة المعوقين عقلياً في بيئاتهم والتخفيف من الصعوبات التي يواجهونها سواء في التكيف والتفاعل والتنقل والحركة. وينطبق ذلك على طلبة المناطق البعيدة والمحرومة من الخدمات، كالمناطق الريفية.
5. يساعد الدمج في استيعاب أكبر عدد ممكن من الطلبة المعوقين عقلياً.
6. يساعد الدمج في تخليص أسر الأفراد المعوقين عقلياً من الشعور بالذنب والإحباط والوصم.
7. من أهداف الدمج بعيدة المدى تخليص المعوقين عقلياً من جميع أنواع المعيقات سواء المادية أو المعنوية التي تحد من مشاركتهم الفاعلة في جميع مناحي الحياة.

إيجابيات الدمج

1. التقليل من الفوارق الاجتماعية والنفسية بين الأطفال عامة وكذلك تخليص الطفل المعوق وأسرته من الوصمة Stigma التي لحقت بهم جراء حالة الإعاقة التي يعاني منها والتي تأكدت وتدعمت من خلال وجود الطفل المعوق في مركز تربية خاصة.
2. إن الدمج يساعد الطفل المعوق على تحقيق الذات ويزيد من دافعيته نحو التعلم وتكوين علاقات اجتماعية سليمة مع زملائه مما يهيئ له نمواً سليماً في مختلف الجوانب الأكاديمية والاجتماعية والانفعالية والسلوكية.
3. يساهم الدمج في تعديل اتجاهات الناس بشكل عام واتجاهات الأسر والمعلمين والطلبة في المدرسة العامة بشكل خاص وتوقعاتهم نحو الأطفال المعوقين.
4. يساعد الدمج فئات الأطفال غير المعوقين في المدارس العادية على التعرف عن قرب والاحتكاك المباشر بالأطفال المعوقين، الأمر الذي قد ينتج عنه تقدير أفضل وأكثر موضوعية وواقعية لطبيعة مشكلاتهم وكيفية مساعدتهم على مواجهة تلك الاحتياجات.
5. يساهم الدمج في تخفيض الكلفة الاقتصادية المترتبة على خدمات التربية الخاصة في المؤسسات والمراكز المتخصصة، ويوسع قاعدة الخدمات التربوية للأطفال المعوقين

الأمر الذي يترتب عليه التوسع في قاعدة قبول الطلبة خصوصا الذين لم تتح لهم فرص الالتحاق في المراكز المتخصصة لأسباب مختلفة منها بعد سكن الطالب/ عدم توفر وسائل النقل/ اتجاهات الأهل السلبية نحو مراكز التربية الخاصة.

سلبيات الدمج

إن الدمج سلاح ذو حدين فكما أن له إيجابيات كثيرة فإن له سلبيات أيضا وهو قضية جدلية لها ما يساندها وما يعارضها ومن هذه السلبيات:

1. إن عدم توفر معلمين مؤهلين ومدربين جيدا في مجال التربية الخاصة في المدارس العادية قد يؤدي إلى إفشال برامج الدمج مهما تحققت له من إمكانيات.
2. قد يعمل الدمج على زيادة الفجوة بين الأطفال المعوقين وباقي طلبة المدرسة خاصة أن المدارس العادية تعتمد على النجاح الأكاديمي والعلامات كمعيار أساسي وقد يكون وحيدا في الحكم على الطالب.
3. إن دمج الأطفال المعوقين في المدارس العادية قد يحرمهم من تفريد التعليم الذي كان متوفراً في مراكز التربية الخاصة.
4. قد يؤدي الدمج إلى زيادة عزلة الطفل المعوق عن المجتمع المدرسي وخاصة عند تطبيق فكرة الدمج في الصفوف الخاصة أو غرف المصادر أو الدمج المكاني فقط. الأمر الذي يستدعي إيجاد برامج لا منهجية مشتركة بين الطلبة وباقي طلبة المدرسة العادية لتخفيف من العزلة.

قد يساهم الدمج في تدعيم فكرة الفشل عند الأطفال المعوقين وبالتالي التأثير على مستوى دافعيتهم نحو التعلم وتدعيم المفهوم السلبي عن الذات خاصة إذا كانت المتطلبات المدرسية تفوق المعوق وإمكانياته. حيث أن المدارس العادية تطبق المعيار الصفي في التقييم في حين أن الطفل المعوق يحتاج إلى تطبيق المعيار الذاتي في التقييم والذي يقوم على أساس مقارنة أداء الطفل المعوق مع ما هو متوقع منه وليس مقارنة مع أداء المجموعة الصفية. (مسعود وجابر، 1997)

الأسس التي يجب مراعاتها في التخطيط لعملية دمج الطلاب المعوقين عقلياً

إن قضية الدمج وخاصة للأطفال المعوقين عقليا في المدارس العامة من القضايا الهامة والخطيرة فهي سلاح ذو حدين فإذا تم الإعداد الجيد لعملية الدمج ويتم تلافي كل العقبات التي يمكن أن تعترضه فإنه سينعكس إيجابياً على جميع المعنيين بالطفل المعاق عقلياً، أما إذا كان التخطيط سيئا واعترضته عقبات كثيرة فإنه سيكون ذا آثار مدمرة على جميع الأطفال المدمجين وكذلك جميع المعنيين بهم. وبالتالي فإنه يمكن الإشارة إلى الأسس التي يجب مراعاتها في عملية التخطيط على النحو التالي:

على الجهات ذات العلاقة بتنفيذ عملية الدمج للأطفال ذوي الحاجات الخاصة عموما وخاصة ذوي الإعاقة العقلية تعريف المعني بالدمج بطريقة إجرائية بعبارات واضحة ومحددة وتعريف الفئة المستهدفة والمعايير اللازمة لاختيارهم في عملية الدمج وكذلك تحديد أهداف برنامج الدمج طويلة وقصيرة المدى والفترة الزمنية التي تحتاجها عملية الدمج.

تحديد طبيعة برنامج الدمج سواء أكان/ صفاً خاصاً/ صفاً عادياً/ غرفة مصادر/ دمجاً مكانياً وكذلك تحديد نوعية البرنامج التعليمي المنوي تطبيقه/ هل هو منهاج عادي دون أية خدمات تربوية خاصة/ أو منهاج مواز معدل للمنهاج العادي/ هل تحتاج عملية الدمج إلى خدمات مساندة. (مسعود، جابر، 1997).

أما فيما يتعلق بالأسس الواجب توفرها في الأطفال المعوقين أنفسهم فلا بد من أن يكون الطفل المعوق من نفس الفئة العمرية لطلبة المدرسة العادية المعنية بالدمج وأن يكون سكنه قريبا من المدرسة وأن لا يعاني من إعاقة مزدوجة أو متعددة، وقادرا على الاعتماد على ذاته في المهارات الاستقلالية وبحيث يتم عرض الطفل على لجنة مؤلفة من عدة أشخاص معنيين. (يوسف، 1998).

دراسات تناولت الأساليب التدريسية الفعالة في تدريس الأطفال المعوقين عقلياً

دراسة لانسيوني (1982)

في دراسة أجراها لانسيوني (1982) Lancioni والتي هدفت إلى التعرّف على فاعليّة استخدام أسلوبي النمذجة والحث في تطوير سلوكيّات تكيفيّة تمثلت في اللعب التعاوني والتفاعل مع الأطفال العاديين لدى عينة من الأطفال المعوقين إعاقة عقليّة بسيطة ومتوسطة، حيث تكوّنت عيّنة الدراسة من تسعة أطفال تمّ تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعليّة استخدام أسلوبي النمذجة والحث بأنواعه المختلفة في تطوير سلوكيّات تكيفيّة جيّدة لدى الأطفال أفراد عيّنة الدراسة.

دراسة سبانجلر و مارشال (1983)

أمّا الدراسة التي أجراها كل من سبانجلر و مارشال Spangler and Marshall (1983) والتي هدفت إلى دراسة فاعليّة استخدام أسلوب الحث في التقليل من بعض السلوكيّات غير التكيفيّة مثل السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عيّنة من الأطفال المعوّقين عقليّاً حيث تكوّنت عيّنة الدراسة من (14) طفلاً من ذوي الإعاقة العقليّة، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى فاعليّة استخدام أسلوب الحث في التقليل من هذه السلوكيّات غير التكيفيّة.

دراسة بيلينجسلي (1992)

وفي دراسة أخرى أجراها بيلينجسلي (1992) Billingsley والتي هدفت إلى تحديد الكفايات اللازمة للمعلمين الجدد والمعلمين ذوي الخبرة الطويلة للأطفال المعوّقين إعاقة عقليّة والأطفال المضطربين انفعالياً والأطفال ذوي صعوبات التعلم لتفعيل تدريسهم، كما هدفت الدراسة إلى إقرار فروق التدريب الذي يحتاجونه ولقياس ذلك تمّ تطوير قائمة تضمّنت (80) فقرة توزّعت على سبعة مجالات هي (استراتيجيّات التدريس، واستراتيجيّات علاج سلوكيّة، وبناء البرنامج التربوي الفردي، والدمج والتعاون، والمنهاج، والتقييم والتشخيص، وقضايا التعديل والملائمة وتلخصت النتائج فيما يلي : أكّد جميع المعلمين على أهميّة فقرات القائمة واتصا

بكفاياتهم في العمل، تقدّر معلمو الأطفال المعوّقين عقلياً الحاجة للتدريب على أساليب التدريس الخاصّة بطلابهم من حث وتشكيل وتحليل مهمة أكثر ممّا قدّرها معلمو الأطفال ذوي صعوبات التعلم.

دراسة عبد الكريم (1994)

كما حاول عبد الكريم (1994) في دراسته التجريبيّة تقييم فعاليّة برنامج تدريبي خاص في استخدام بعض أساليب تعديل السلوك في تدريس الأطفال المعوّقين إعاقة عقليّة متوسطة بعض المهارات الاجتماعيّة، حيث تكوّنت عيّنة الدراسة من (12) طالباً وطالبةً تراوحت أعمارهم بين (6-9) سنوات، وقد تضمّن البرنامج الذي استغرق تطبيقه أربعة شهور استخدام أسلوب الحث لإكساب الطلاب المهارات الاجتماعيّة التي هدفت إليها الدراسة. وقد أشارت النتائج إلى أن أفراد الدراسة الذين تعرّضوا للبرنامج التدريبي استطاعوا اكتساب المهارات الاجتماعيّة المطلوبة وتعميمها.

دراسة جريسات (1994)

كذلك أجرت جريسات (1994) دراسة هدفت التعرّف على الفروق في تحمّل السلوكيات غير التكيفية بين معلمات التربية الخاصّة الفعّالات والمعلمات غير الفعّالات وإلى تعرّف استراتيجيّات تعاملهن مع هذه السلوكيات. تكوّنت عيّنة الدراسة من (132) معلمة من معلمات التربية الخاصّة تمّ اختيارهن بطريقة عشوائيّة، وتمّ تقسيم المعلمات إلى ثلاث فئات حسب مقياس الفاعليّة كما يلي: المعلمات الفعّالات، المعلمات المتوسطات الفاعليّة، المعلمات غير الفعّالات. ولقياس مستوى تحمّل السلوكيات غير التكيفيّة تمّ تطوير أداة تضمّنت (47) فقرة لثمانية أنماط سلوكيّة غير تكيفيّة وهي: العدوان، النشاط الزائد، الانسحاب الاجتماعي، القلق والخوف، عدم الطاعة والسلبيّة، الإزعاج والفوضى، السلوك النمطي والمشكلات الخلقيّة. وأشارت نتائج التكرارات والنسب المئويّة أن معلمات التربية الخاصّة الفعّالات قد استخدمت أشكالاً مختلفة من استراتيجيّات التعامل مع هذه السلوكيات، حيث استخدمت استراتيجيّات زيادة السلوك بشكل كبير كالتعزيز بأشكاله المختلفة وكذلك استراتيجيّات تشكيل السلوك كالنمذجة والتلقين، أمّا المعلمات غير الفعّالات فقد استخدمت بدرجة أكبر استراتيجيّات تقليل السلوك كالحرمان والعقاب الجسدي والعزل.

دراسة رامسي و الجوزاين (1995)

كذلك فقد أجرى كل من رامسي و الجوزاين Ramsey and Algozzine (1995) دراسة هدفت إلى معرفة ما هو متوقع معرفته من معلمي التربية الخاصّة من ضمنهم معلمي الأطفال المعوقين عقلياً وذلك استناداً إلى اختبار الكفاية للمعلمين (TCT) حيث طبّق هذا الاختبار على عيّنة كبيرة جداً من معلمي التربية الخاصّة في (48) ولاية أمريكيّة، وكانت فقراته تغطي مواضيع محدّدة من ضمنها الأساليب التدريسية الفعالة لهذه الفئة من الطلبة. وقد أثبتت نتائج الدراسة أن هناك اختلافاً بين الولايات في مدى إتقانهم للكفايات الواجب توفرها لدى معلم التربية الخاصّة بحسب اختبار الكفاية للمعلمين (TCT)، ونتيجة لذلك تمّ تزويد الولايات التي بحاجة إلى تدريب ببرامج تدريبيّة لرفع كفاءة معلميها في جوانب عديدة كان منها: تمارين حول أساليب التدريس وتعديل السلوك من تشكيل وحث وتسلسل... الخ، بالإضافة إلى تدريبات خاصّة بكيفيّة تحليل المهمّة إلى مهمّات فرعيّة وغيرها.

دراسة مورتويت وآخرون (1999)

وفي دراسة أخرى اجراها مورتويت وآخرون (1999) Mortweet , et.al حول فاعليّة استخدام أسلوب تعليم الأقران في تعليم الطلبة المعوّقين عقلياً حيث تكوّنت عيّنة الدراسة من (4) اطفال تمّ تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيّة وضابطة بمعدّل طالبين لكل مجموعة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى زيادة الدقة في الهجاء وزيادة مستوى الأداء الأكاديمي لصالح اطفال المجموعة التجريبيّة الذين درسوا باستخدام أسلوب تعليم الأقران ممّا يدلل على فعاليّة استخدام أسلوب تعليم الأقران كأسلوب تدريسي لتحسين أداء الطلاب المعوّقين إعاقة عقليّة.

المراجع العربية

- آدم، مبارك، (2002)، التدريس الفعال كما يدركه طلبة التدريب الميداني لقسم التربية البدنية بجامعة الملك سعود، مجلة مركز البحوث التربوية، 11 (21)، 99-127.
- جريسات، رائدة، (1994)، الفروق في تحمّل السلوكات غير التكيفيّة بين معلمات التربية الخاصّة الفعّالات وغير الفعّالات واستراتيجيّات تعاملهن مع هذه السلوكات، الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنيّة.
- الحديدي، منى، (1990)، حاجة معلمي التربية الخاصّة في المملكة الأردنيّة الهاشميّة إلى برامج التدريب في أثناء الخدمة: دراسة استطلاعيّة، دراسات، 17(14)، 145-172.
- الخطيب، جمال، (2003)، تعديل السلوك: القوانين والإجراءات، الإمارات العربيّة المتحدة: دار الفلاح.
- الخطيب، جمال والحديدي، منى، (2010)، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصّة، الطبعة الأولى، الأردن، دار الفكر.
- الخطيب، جمال، (2010)، تعليم الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية، الأردن، دار وائل للنشر.
- الخطيب، فريد، (1992)، الوجيز في تعليم الأطفال المعوّقين عقليّاً، الطبعة الأولى، الأردن، مؤسسة دار شيرين.
- الروسان، فاروق، (2009)، مقدّمة في الإعاقة العقليّة، الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر.
- الروسان، فاروق، (2001)، مناهج وأساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصّة (المهارات الحركيّة)، الطبعة الأولى، السعودية: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

- الزعبي، ناجية، (1993)، بناء أداة لقياس فاعلية معلم التربية الخاصة، الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- الريحاني، سليمان، (1985)، التخلف العقلي، الأردن، مطابع الدستور التجارية.
- سيسالم، كمال وآخرون، (1987)، المعاقون اكاديمياً وسلوكياً، السعودية، دار عالم الكتب.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال، (1987)، المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، الطبعة الأولى، السعودية، دار عالم الكتب.
- السرطاوي، زيدان، (1987)، نحو دمج المعوقين في التعليم، السعودية، جامعة الملك سعود.
- الصمادي، جميل والناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله، (2003)، تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، الكويت: منشورات الجامعة العربية المفتوحة.
- شقير، زينب، (2002)، خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة، مصر، النهضة المصرية.
- الصمادي، (2001)، جميل والنهار، تيسير، مستوى إتقان معلمي التربية الخاصة في دولة الإمارات العربيّة المتحدة لمهارات التعليم الفعّال، مجلة مركز البحوث التربويّة، 10(19)، 193-216.
- عبد الكريم، أموال، (1994)، تقييم برنامج تدريب خاص في تعديل السلوك في رفع مستوى أداء الأطفال المتخلفين عقلياً في بعض المهارات الاجتماعيّة، البحرين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليج العربي.
- القمش مصطفى، (2004) فاعلية برنامج تدريبي لرفع كفايات معلمي الأطفال المعوقين عقلياً في مجال أساليب التدريس وتقيم فاعليته، الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.

- القمش، مصطفى والسعايدة، ناجي، (2011)، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، الطبعة الثانية، الأردن، دار المسيرة.
- كوجل، روبرت وكوجل، لن؛ مترجم: السرطاوي، عبد العزيز وأبو جودة، وائل وخشان، ايمن، (2003)، تدريس الأطفال المصابين بالتوحّد: استراتيجيّات التفاعل الإيجابيّة وتحسين فرص التعلم، الطبعة الأولى، الإمارات العربية المتحدة، دار القلم.
- مرعي، توفيق، والحيلة، محمد (2011)، طرائق التدريس العامة، الأردن، دار المسيرة.
- سعود، وائل، (1984)، دمج الأطفال المعوقين في المدارس العامة في الأردن، التقرير النهائي للحلقة الدراسية (واقع ومستقبل المعوقين في الأردن)، الأردن.
- مسعود، وائل وجابر، فايز، (1997)، دمج الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في المدرسة العادية، الأردن، دورة تدريبية حول مشروع المدرسة الجامعة ودعم المجتمع لها بالتعاون مع منظمة اليونسكو ووزارة التربية والتعليم، ورقة عمل غير منشورة.
- يوسف، محمد، (1998)، الدمج ماهيته أهدافه مراحله، البحرين، ورقة عمل مقدمة إلى ندوة تجارب دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في دول مجلس التعاون الخليجي، جامعة الخليج العربي.

المراجع الأجنبية

- Borman, Kathry, M. (1990). **Foundation of Education Teacher Education**, Handbook Research in Teacher Education, New York: Macmillan.
- Dunne, R., and Wragg, T. (1996). **Effective Teaching**, London: Routledge.
- Eisenberger, J., Conti, D., and Antoni, R. (2000). **Self Efficacy: Raising the Bar for Students with Learning Needs**, New Jersey: Prenceton, NJ, Eye of Education
- Fagg, S., Ahere, D., Skelton, S., and Thornber, A. (1990). **Entitlement for All in Practive: Abroad, Balanced and Relevant**

Curriculum for Pupils with Severe and Complex Learning Difficulties in the 1990's, London: David Fulton.

- Flint, A. (1996). **Becoming an Effective Teacher**, (3rd ed.), New York: McGraw-Hill.
- Hallahan, D. Kauffman, J. (1991) **Exceptional Children: Introduction To Special Education**, Prentice- Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Kauffman, J (1981) **Hand book of Special education**, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.
- Kenneth A. (2002). Mainstreaming to full inclusion: from orthogenesis to pathogenesis of an idea. International Journal of Disability, Vol. 49, No. 2, (201-213).
- Kirk, S., and Gallagher, J. (1989). **Educational Exceptional Children**, (6th ed.), Boston: Mifflin Company.
- Knirk, F., and Gustafson, K. (1986). **Instructional Technology, A Systematic Approach to Education**, New York: McGraw-Hill.
- Kyriacou, C. (1992). **Effective Teaching in School**, London: British Library.
- Lancioni, G. E. (1982). Normal Children as Tutors to Teach Social Responses to Withdrawn Mentally Retarted Schoolmates: Fraining, Maintenance and Generalization, **Journal of Applied Behavior Analysis**, 1(15), 17-40
- Lerner, J. (2000). **Learning Disabilities Theories, Diagnosis & Teaching Strategies**, (8th ed.), Boston: Houghton Mifflin Company.
- Mandrell, C. and Shank, K. (1987). Teacher Effectiveness in Special Education, **"Report Research Technical (143)"**, Eastern Illinois University.
- Mercer, D. (1997). **Students with Learning Disabilities**, (5th ed.), USA: Prentice-Hall, Inc.
- Mortweet, L. (1999). Classwide Peer Turtoring Teaching Students with Mild Mental Retardation in Inclusive Classroom. **Exceptional Children**, 65(4), 524-536.
- Nucay, S., and Ken, F. (1995). Effects of Enhancing Behavior of Students and USA of Feedback Corrective Procedures. **Journal of Educational Research**. 89(1), 59-63.

Ramsey, R., and Algozine, B. (1995). Teacher Competency Testing: What are Special Education Teachers Expected to Know?. **Exceptional Children**, 57(4), 339-351.

Reynolds, A., and Walberg, H. (1991). A Structural Model of Science Achievement. **Journal of Educational Psychology**, 83(1), 97-107.

Sands, M., and Kerry, T. (1982). **Mixed Ability Teaching**, Croom Helm Ltd, London: Crom Helm Ltd.

Smith, D. (1992). **An Introduction to Special Education**, London: Allyn and Bacon, Inc.

Spangler, P., and Marshall, A. (1983). The Unit Play Manager as a Facilitator of Purposeful Activities among Institutionalized Profoundly and Severely Retarted Boys. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 3(16), 345-349.

Stevens, R., and Salving, R. (1995). Effects of Cooperative Approach in Reading and Writing on Academically Handicapped and Nonhandicapped Students. **Elementary School Journal**, 95(3), 241-262.

Ysseldyke, J., and Algozzine, B. (1990). **Introduction to Special Education**, Boston: Houghton Mifflin, Inc.

التأهيل المهني للمعوقين عقلياً

الفصل الخامس

التأهيل المهني للمعوقين عقلياً

مقدمة

تنطوي حياة الإنسان من بدايتها على سلسلة من التفاعلات المستمرة بين شخصيته وبين شخصية البيئة التي يعيش فيها، ويستهدف هذا التفاعل دائما إيجاد التوافق والتوازن في حالته البدنية والنفسية والاجتماعية، وبين ما تتسم به ظروف البيئة من صفات تؤثر في صحته ونفسيته وتعاملاته مع الآخرين ويؤدي هذا التفاعل في أغلب الحالات إلى أقصى ما يرتضيه الإنسان لنفسه من الرفاهية الممكنة، وكلما اختل هذا التوافق لسبب من الأسباب بذل الإنسان جهده لمواصلة توافقه مع البيئة من خلال خبراته في الحياة وما يتعلمه من الآخرين سواء في الأسرة أو في العمل أو في معاهد العلم، وأحيانا يختل هذا التوافق مع البيئة بدرجة كبيرة يصعب معها على الإنسان أن يواجهه بمفرده، وعندئذ يحتاج إلى خدمات من غيره تساعده على إعادة التكيف أو إعادة التوافق (المعايطة والقمش، 2007: 43).

مفهوم التأهيل (Rehabilitation)

يعتبر التأهيل إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة، كما يمكن اعتبار التأهيل بأنه تلك المرحلة من العملية المستمرة والمنسقة والتي تشمل الخدمات المتنوعة كالتأهيل الطبي، التأهيل التربوي، التأهيل البدني، التأهيل النفسي، التأهيل الاجتماعي، والتوجيه والتدريب المهني والتعيين الانتقائي بقصد تمكين الفرد من تأمين مستقبله والحصول على العمل المناسب والاحتفاظ به، وكذلك تأهيل البيئة والمجتمع للمعوق وغيرها كثير.

وهذه العملية المستمرة تشمل مساعدة المعوق فيما يلي:

1. المشاركة في عملية تخطيط المستقبل.
2. الحصول على الأهداف التربوية والمهنية ضمن حدود الفرد وقابليته.
3. تكوين الأفكار الخاصة بمستوى الفرد الاجتماعي والنفسي.
4. الوصول إلى القرار بشأن البرامج التأهيلية والعلاجية.
5. تكوين قابلية الفرد لكي يلعب أدواراً كافية ومُرضية في الحياة.
6. اكتساب المهارات المطلوبة وتبني التغيرات في الحياة.
7. تكوين الأفكار الإيجابية بخصوص عالم العمل خارج مراكز التدريب.
8. تكوين المعادلة الخاصة بين مستوى العمل ومتطلباته وقابلية الفرد وأهدافه.
9. استغلال أوقات الفراغ والاستفادة من أنشطتها.
10. الوصول إلى قرارات شخصية تؤثر على مجرى حياته.
11. تطبيق خطط المهنة وأهدافها (المعايطة والقمش، 2007).

ووضع المجلس الوطني للتأهيل في أمريكا سنة 1943 تعريفاً يشير إلى أن التأهيل هو استعادة الشخص المعوق كامل قدراته والاستفادة من قدراته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والإفادة الاقتصادية بالقدر الذي يستطيع.

ويعرف هاملتون (Hamilton) التأهيل بأنه عملية تهدف إلى تقويم القدرات النائمة لدى الفرد المعوق وتنميتها والاستفادة منها.

أما سيدينفيلد (Sedinfeld) فيرى أن التأهيل العملية التي تساعد فيها الفرد المعوق على تحقيق طاقاته وأهدافه في النواحي البدنية والعقلية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.

في حين يعرف سبنسر (Spencer) التأهيل بأنه إعادة تنظيم وبناء لطاقات الفرد المعوق، لكي يستطيع أن يتفاعل مع البيئة التي يعيش فيها ويساهم في أنشطته ويتصل بغيره من أفراد المجتمع وأن يتوافق مع العالم من حوله، ويتضمن ذلك تنمية مقدرته

على القيام بالجهد البدني اللازم لأنشطة الحياة اليومية، وتحقيق أفضل استفادة من طاقاته الذهنية والاجتماعية.

وتقدم هيئة الصحة العالمية (WHO) مفهوماً للتأهيل يوضح أنه الاستخدام المشترك المنسق للوسائل الطبية والاجتماعية والتعليمية والمهنية لتدريب أو إعادة تدريب الفرد المعوق إلى أعلى مستوى ممكن لقدرته الأدائية، أما التأهيل المهني فيقصد به ذلك الجانب من عملية التأهيل الشامل والتي تتعامل مع الجوانب المهنية للفرد في محاولة لتنمية قدراته المهنية ومساعدته على دخول سوق العمل وإحساسه بأنه منتج ومفيد في المجتمع (الزارع، 2006).

ويرى المؤلف بأن التأهيل هو مجموعة البرامج المتخصصة التي تقدم من قبل فريق مؤهل لمساعدة الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة من التغلب على الآثار السلبية الناجمة عن عجزه والاستفادة من قدراته المتبقية إلى أقصى حد ممكن.

والتأهيل يشير إلى مجموعة الخدمات والوسائل والأساليب والتسهيلات المتخصصة التي تهدف إلى تصحيح العجز الجسمي أو العقلي، كما تسعى إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف عن طريق الإرشاد النفسي والتوجيه المهني بالإضافة إلى التدريب على العمل والتشغيل.

والتأهيل هو تلك العملية المنظمة والمستمرة والتي تهدف إلى إيصال الفرد المعوق إلى أعلى درجة ممكنة من النواحي الطبية والاجتماعية والنفسية والتربوية والمهنية والاقتصادية التي يستطيع الوصول إليها حيث تتداخل خطوات هذه العملية. (الزعمط، 2005).

كما يمكن عرض مفهوم التأهيل على النحو التالي:

- يرتبط التأهيل: بالشخص المعوق أو الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة.
- استثمار القدرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية للمعوق.
- استفادة المعوق وأسرته من الخدمات التأهيلية لفهم قدرات المعوق وإمكانياته.
- مساعدة المعوق في إعادة تكيفه لتقبل القصور والتفاعل مع المجتمع بإيجابية.
- استفادة الفرد المعوق من قدراته المتبقية أقصى استفادة. (الزارع، 2006).

ولابد هنا أن نفرق ما بين التأهيل وإعادة التأهيل:

فالتأهيل Habilitation: يشير إلى الخدمات المطلوبة لتطوير قدرات الشخص المعوق عندما لا تكون هذه القدرات موجودة أصلاً، وهو ينطبق على المعوقين ذوي الإعاقات الخلقية (منذ الولادة) أو الأطفال صغار السن الذين حصلت إعاقاتهم في مراحل الطفولة المبكرة من حياتهم.

أما إعادة التأهيل Rehabilitation: هو إعادة تأهيل أو تدريب الشخص الذي كان قد تعلم أو تدرب على مهنة ما وبعد ذلك أصيب بمرض أو حادث وأصبح معاقا وبالتالي لم يستطيع العودة إلى عمله أو مهنته السابقة بسبب إعاقته.

أما التأهيل الشامل Comprehensive Rehabilitation: هو عملية منظمة لاستخدام الإجراءات الطبية والاجتماعية والتعليمية والتأهيلية مجتمعة في مساعدة الشخص المعوق على استقلال وتحقيق أقصى مستوى ممكن من طاقاته وقدراته والاندماج في المجتمع.

وبالنسبة للإجراءات التأهيلية التي تستهدف تحسين فعالية الفرد الوظيفية ونوعية حياته المعيشية فهي:

- الرعاية الطبية والعلاج الطبي.
- الإجراءات العلاجية كالتي يقدمها أخصائيو العلاج الطبيعي وعيوب النطق والكلام وأخصائيو علم النفس والعلاج المهني ....
- التدريب على النشاطات المتعلقة بالعناية بالذات ومهارات المعيشة اليومية.
- تقديم الأجهزة الفنية والتقويمية المساعدة والأطراف الصناعية وهو ما يسمى بالتأهيل الجسماني.
- التقييم والتدريب والتشغيل المهني. (الزعمط، 2005).

التطور التاريخي للخدمات التأهيلية

شهد العالم خلال العقود الأخيرة تطوراً ملموساً في التعامل مع العديد من القضايا الهامة التي تهدف إلى تحسين أسباب الحياة الإنسانية وتنظيم المسؤولية العالمية

في مواجهة مشكلات الفقر والديمقراطية وحقوق الإنسان والمساواة مما يؤدي إلى الاستقرار وتعزيز البناء الاجتماعي والاقتصادي للمجتمعات، وأفاد هذا التطور واحدة من القضايا الهامة، ألا وهي قضية الإعاقة والمعوقين وساهم ذلك في اهتمام الباحثين لهذه القضية لما لها من أثر على برامج التنمية الوطنية، ولا يمكن بأي حال من الأحوال إهمالها.

قد يكون من الصعب تحديد فترة زمنية معينة لبداية تأهيل الأشخاص المعوقين، إلا أنه من الممكن وصف الإعاقة عبر مجموعة مراحل، حيث أن تاريخ رعاية وتأهيل المعاقين إنما يمثل تاريخاً للاتجاهات الاجتماعية نحوهم عبر العصور وعبر الحضارات المختلفة.

الإسلام ورعاية المعاقين

إن المتأمل في المنهج الإسلامي يرى أن الإسلام يهتم بالمعوقين وبرعايتهم ومما يوضح اهتمام الإسلام والمسلمين برعاية المعوقين ما يلي:

- مساواة الإسلام بين البشر في الحقوق والواجبات.
- تكريم الإنسان للإنسان.
- إقرار الإسلام أن ما لدى الفرد من نقص أو كمال، إنما هو بمشيئة الله.
- قال ﷻ: ﴿ هُوَ ٱلَّذِى يُصَوِّرُكُمْ فِى ٱلْأَرْحَامِ كَيْفَ يَشَآءُ ۚ لَآ إِلَٰهَ إِلَّا هُوَ ٱلْعَزِيزُ ٱلْحَكِيمُ ﴾ [آل عمران: 6].
- توجيه الإسلام للفرد المسلم وللجماعة المسلمة بعدم تحقير أي فرد أو جماعة.
- توجيه الإسلام للأفراد المسلمين والجماعات إلى عدم النفور من المرض والعميان، قال ﷻ: ﴿ لَّيْسَ عَلَى ٱلْأَعْمَىٰ حَرَجٌ وَلَا عَلَى ٱلْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى ٱلْمَرِيضِ حَرَجٌ ﴾ [النور: 61].
- رفع الإسلام المشقة عن غير القادرين ﴿ لَا يُكَلِّفُ ٱللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَآ ءَاتَىٰهَا ﴾ [النور: 7].
- دعوة الرسول ﷺ إلى مساعدة الضعفاء.
- اعتبار المسلمين أول من أنشأ المستشفيات الرسمية.

- اعتبار المسلمين أول من أتاحوا فرصة التعليم الرسمي للمكفوفين من خلال المدارس الموجودة في المساجد مثل الجامع الأزهر.
- في أعمال الخلفاء الراشدين كثر مما يذكر في مجال رعاية المعوقين، فالخليفة عمر بن الخطاب ﷺ يمر أثناء ذهابه إلى الشام بقوم أصابهم الجذام فيأمر لهم نفقة من بيت المال.

كما جعل الخليفة الأموي عمر بن عبد العزيز لكل مقعدين خادماً يقوم على شؤونهم ولكل كفيف غلاماً كدليل.

التأهيل في العصور القديمة

في هذه الفترة تم اعتبار المعوقين فئة منبوذة لا تستحق الحياة وتمثل عبئاً ووصمة اجتماعية ولابد من القضاء عليهم، وكان ينظر إليهم باعتبارهم مساً من الشر وروح الشيطان، وأحياناً كانوا أداة للتسلية، وكانوا يربطون بالسلاسل، واعتبرهم البعض على أنهم أعداء الله.

التأهيل في العصور الوسطى

تتسم هذه الفترة بنوع من التعديل الإيجابي نحو الأشخاص المعوقين وذلك في مسايرة مفاهيم التسامح المواكبة لظهور الديانات السماوية إلا أنه كانت هناك بعض ممارسات الاضطهاد والعقاب والنبذ على اعتبار أن هذه الفترة هي امتداد للعصور القديمة.

التأهيل في العصور الحديثة

ظهر في هذه الفترة التأهيل المؤسسي التقليدي، وأنشئت مؤسسات الإيواء والرعاية للأشخاص المعوقين، وتوجهت هذه المؤسسات إلى استحداث برامج تعليمية وتأهيلية بسيطة، وكان ذلك بداية لبناء برنامج التأهيل المنظم من خلال المؤسسات الخيرية الأهلية.

اهتمت العديد من المؤسسات في أوروبا للقيام على تعليم وتدريب المعوقين وتقديم الخدمات الصحية والاجتماعية بشكل علمي إنساني.

وقد بدأت خدمات الرعاية الاجتماعية والمهنية للمعوقين في القرن التاسع عشر ثم جاءت الحرب العالمية الأولى وما نتج عنها من أعداد هائلة من المعوقين الذين كانوا في جيوش الدول المتحاربة فكان لابد من إعادة تأهيلهم مهنياً وإيجاد أعمال لهم بطرق وبرامج مختلفة منها:

- برامج تدريب مهني.
- برامج استخدام/ تشغيل.
- تشريعات التأهيل المهني
- عماله محمية.

وتعتبر فترة ما بعد الحرب العالمية الأولى بداية الاهتمام الحكومي بتأهيل الأشخاص المعوقين وذلك استجابة للتوجيه الشعبي الداعي إلى مواجهة مسؤوليات الرعاية والحماية والتأهيل للمصابين والمعوقين من الجنود نتيجة العمليات الحربية، ويتبلور اهتمام الحكومات بإنشاء مؤسسات تأهيلية ودور الرعاية واستصدار العديد من التشريعات الخاصة برعاية المعوقين وبلورة القوانين الداعمة لحقوق الأشخاص المعوقين في الحياة والعمل.

بالإضافة إلى ذلك ظهرت مشكلة وجود أعداد من المعوقين الشباب الذين لم يتم قبولهم في الخدمة العسكرية لعدم لياقتهم طبياً، وكان هذا مؤشراً لوجود عدد كبير من المعوقين من المدنيين ومع ذلك لم يتم اتخاذ أية تدابير لتأهيلهم مهنياً باستثناء توسع في نظم المشاغل المحمية التي كانت قائمة قبل الحرب.

وفي سنوات ما بين الحربين العالميتين الأولى والثانية تميزت بالتدهور الاقتصادي وانعكس ذلك على سائر مجالات الحياة بما فيها خدمات الأشخاص المعوقين حيث تفشت البطالة وتدنت فرص المعوقين في الحصول على العمل من خلال الوظائف التنافسية المحدودة في سوق العمل.

ثم جاءت الحرب العالمية الثانية لتخلف أعداداً من المعوقين المدنيين والعسكريين، وتم اتخاذ تدابير تشريعية أوسع نطاقاً في البلدان التي اشتركت في الحرب تتعلق بالتأهيل المهني الذي يؤدي إلى إعادة تشغيل المعوقين، ولم يعد التركيز ينصب على رعاية المعوقين بل اصبح يوجه نحو تجميعهم في الحياة العملية من جديد.

لقد أوجدت الحرب العالمية الثانية فراغاً هائلاً في سوق العمل بسبب التعبئة العسكرية للأفراد القادرين على القتال، وهنا كان لابد من أن تتوفر شواغر العمل لفئات المجتمع المستثناة من القتال كالمعوقين، وأتاح نقص الأيدي العاملة خلال سنوات الحرب فرصاً لاستخدام المعوقين في أشغال مدنية ليحلوا محل الأشخاص الذين جندوا في القوات المسلحة في وظائف لم تكن تعتبر من قبل مناسبة لهم، ونشطت بذلك حركة تأهيل وتدريب المعوقين واتخذت معها الإجراءات الحكومية في تأهيل المعوقين، وشهدت فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية حركة واسعة على المستويين الحكومي والشعبي باستحداث المئات من المؤسسات الطبية والتعليمية ودور الرعاية وتنشيط الدراسات والبحوث وتخصيص الميزانيات الحكومية في العديد من الدول الصناعية لبناء مؤسسات التأهيل المتخصص لجميع الأشخاص المعوقين من مختلف الأعمار والفئات. (المعايطة والقمش، 2007 :48 -50)

التأهيل في الوقت الحالي

أدى تقييم واقع الخدمات المؤسسية إلى ظهور كثير من المشكلات النفسية والاجتماعية والاقتصادية مثل العزلة للمؤسسة المغلقة مما يؤدي إلى عدم المشاركة في حياة المجتمع، يضاف إلى ذلك التكلفة الباهظة لإنشاء هذه المؤسسات، والحاجة إلى الكوادر عالية التدريب، والاقتصار على تقديم الخدمات في المدن، كل ما سبق أدى إلى ظهور طرح جديد يقوم على مفاهيم دمج الأشخاص المعوقين والتفاعل مع المجتمع. (داود، 2006).

حركة التأهيل المهني

أدت التطورات الهامة في تربية وتعليم المعوقين إلى تغيير نظرة المجتمعات إلى قدراتهم ومهدت لظهور حركة التأهيل المهني لهم وإدخالهم إلى مجال العمل بشكل رسمي ومنظم.

أول البرامج الرسمية في مجال التأهيل المهني هو برنامج التأهيل في الولايات المتحدة الأمريكية الذي صدر به أول قانون للتأهيل عام 1920 في أعقاب الحرب العالمية الأولى، ثم ما لبثت برامج التأهيل أن عرفت طريقها إلى العديد من الدول حيث أصبحت نشاطاً من أنشطة هيئات الأمم المتحدة مثل منظمة العمل الدولية والصحة العالمية وصندوق الطفولة (اليونسيف) والبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة، وأصبح تأهيل المعوقين من البرامج الأساسية للحكومات في معظم دول العالم.

وقد اتجهت برامج التأهيل إلى البعد الإنساني والاجتماعي وأصبح هدف التأهيل إدماج المعوق في حياة المجتمع وإشعاره بإنسانيته ومحاولة زيادة مستوى رفاهيته بكل الوسائل الممكنة واتجه العمل إلى تأهيل المجتمع لاحتضان المعوق بقدر تأهيل المعوق للعودة إلى المجتمع. (الزارع، 2006).

العوامل التي ساهمت في تطوير خدمات التأهيل

ظهر المفهوم الحديث للتأهيل المهني بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية عام 1945 وقد ساعد على ظهوره عوامل متعددة تمثلت فيما يلي:

1. سياسة العمالة في البلدان الغربية في التركيز على تأهيل المعوقين.
2. جهود وتأثير المنظمات الوطنية والدولية التي تقوم بنشاطات متنوعة في كل ميدان من ميادين التأهيل.
3. ظهور العديد من القوانين المهنية والتشريعات الخاصة بالمعوقين وتأهيلهم والتي تبين حقوق المعاقين في التأهيل والتعليم والعلاج والاستفادة من الفرص المتاحة لكافة الأفراد، وحقهم في العمل والحصول على مهنة.
4. تقدم العلوم الطبية والعلمية والتقنية وتطور صناعة الأجهزة المساعدة والأدوات المعينة لكافة أشكال العجز والإعاقة لمختلف فئات ذوي الاحتياجات الخاصة حيث أصبح بالإمكان تأهيل بعض حالات الإعاقة.
5. تغيير نظرة المجتمع نحو المعوقين باعتبارهم أفراد من البشر ويستحقون الرعاية والعناية والإعداد للحياة وتوفير خدمات مشاركتهم في المجتمع ومؤسساته المختلفة.

6. التغيير في الأفكار الاقتصادية والصناعية وأنظمة العمل الناجمة عن النمو في المجالات الاقتصادية والصناعية ومواجهة المشكلات الناجمة عن العجز والبطالة الأمر الذي يحتاج إلى دعم المشاريع ذات الجدوى.
7. دور الجمعيات الأهلية وجهودها الطيبة وكذلك بعض المنظمات والهيئات الدولية التي تقدم خدمات تطوعية في مجال التأهيل.
8. الضغوط التي تقوم بها منظمات هيئة الأمم المتحدة على حكومات الدول المختلفة للاهتمام بالمعوقين وتأهيلهم ورفع مستواهم الاقتصادي والاجتماعي وخاصة منظمة اليونسكو والعمل الدولية والصحة العالمية.
9. الدور الإيجابي والفعال للسنة الدولية للمعوقين سنة 1981 وما دعت إليه وخاصة سياسة المشاركة التامة والمساواة وبرنامج العمل طويل الأجل الذي اقترن بتلك السنة.
10. نتائج الدراسة والبحوث المفيدة في مجال تأهيل المعوقين مهنياً وتشغيلهم ومتابعتهم. (شحاته، 1991).

فلسفة التأهيل

تقوم فلسفة تأهيل المعوقين على أساس أن الاهتمام الرئيسي يتركز على الإنسان لأنه:

1. الشخص المستهدف في عملية التأهيل.
2. عدم قدرته العيش بمعزل عن الآخرين.
3. يعيش في مجتمع إنساني يتأثر به ويؤثر فيه.

كما تقوم فلسفة التأهيل على أن عملية التأهيل:

1. مسؤولية اجتماعية عامة تتطلب التخطيط والعمل والدعم الاجتماعي.
2. تؤكد على دور الانتقال بالمعوق من قبول فكرة الاعتماد على الآخرين إلى ضرورة الاعتماد على الذات عن طريق الاستقلال الذاتي والكفاية الشخصية والاجتماعية والمهنية.

3. استعادة الشخص المعوق لأقصى درجة من درجات القدرة الجسمية أو العقلية أو الحسية المتبقية لديه.
4. تقبل المعوق اجتماعياً والعمل على توفير أكبر قدر ممكن من فرص العمل له في البيئة الاجتماعية كحق من حقوق إنسانيته.
5. تقبل المعوق واحترام حقوقه المشروعة من النواحي السياسية والاجتماعية والإنسانية والمدنية بغض النظر عن طبيعة إعاقته أو جنسه أو لونه أو دينه.
6. اعتبار هذه العملية شكلاً من أشكال الضمان الاجتماعي للمعوق وحماية لاستقلاله مما يساعد على التكيف من جديد بالرغم من إعاقته التي يعاني منها.
(الزعمط، 2005)، (الزارع، 2006)

أهداف التأهيل

تهدف عملية تأهيل المعوقين إلى تحقيق ما يلي:

1. توفير الفرص اللازمة في مجال العلاج والرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية.
2. إتاحة فرص التعليم للمعوقين في مؤسسات التربية الخاصة أو في المدارس العامة أو برامج محو الأمية وتعليم الكبار بما يتناسب مع كل فئة من فئات المعوقين.
3. توسيع مجالات التدريب والتأهيل المهني بما يتناسب مع ميول واستعدادات وقدرات المعوقين.
4. توفير فرص العمل والتشغيل في مختلف قطاعات النشاط الاقتصادي والاجتماعي الحكومي والخاص.
5. تمكين المعوق من عملية الاندماج الاجتماعي.
6. اكتساب المعوق ثقته بنفسه والعمل على زيادة ثقة المجتمع واتجاهات أفراده نحوهم.
7. وضع السياسات التي تكفل للمعوقين حق المساواة مع غير المعاقين.
8. توفير فرص الوقاية والتحصين والعلاج من الأمراض.
9. تأمين الأفراد المعوقين ضد حالات العجز والشيخوخة والبطالة.

10. تهيئة كافة المجالات للنمو والوصول إلى درجة من الإشباع الثقافي والترويجي عن طريق الأنشطة المختلفة والمناسبة في مجالات الرياضة والفنون والإعلام وغيرها (الزارع، 2006).

مبررات التأهيل

من مبررات تقديم الخدمات التأهيلية للمعوقين:

1. اعتبار الإنسان بغض النظر عن إعاقته صانع للحضارة، لذلك يجب أن يكون هدفاً لمجالات التنمية الشاملة.
2. اعتبار الشخص المعوق قادراً على المشاركة في جهود التنمية إذا ما أتيحت الفرص والأساليب اللازمة لذلك.
3. اعتبار المعوقين طاقة إنسانية وجزءاً لا يتجزأ من الموارد البشرية ولابد من أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط والإعداد للموارد الإنمائية في المجتمع.
4. إن المعوقين بغض النظر عن فئاتهم ودرجة إعاقتهم لديهم القدرة على التعلم والاندماج في المجتمع لذلك لابد من تنمية ما لديهم من إمكانات.
5. اعتبار أن عملية التأهيل في مجال المعوقين سلسلة من الجهود والبرامج الهادفة في مجالات الرعاية والتأهيل والدمج والتشغيل وهي عبارة عن حلقات متكاملة في البناء، والقيام بأي واحدة منها بمعزل عن المجالات الأخرى لا يكفي لمواجهة مشكلات المعوقين.
6. الرعاية والتعليم والتأهيل والتشغيل من حقوق المعوقين دن تمييز.
7. اعتبار المعرفة العلمية والفنية أساساً هاماً للتصدي لحالات الإعاقة والوقاية منها والعناية بشؤون المعاقين.
8. اعتبار عملية التأهيل حق للمعوقين في مجال المساواة مع غيرهم من المواطنين لتوفير فرص العيش لهم.
9. اعتبار عملية التأهيل مسؤولية تقع على عاتق الدولة والمجتمع والأسرة من أجل مواجهة مشكلات الإعاقة. (الزعمط، 2005).

الاحتياجات الواجب مراعاتها عند تأهيل المعوقين

لكي نستطيع التعامل مع المعوق وتأهيله تأهيلاً مناسباً يجب ان نعرف أن لكل معاق احتياجات يجب مراعاتها ومنها:

1. **بدنية**: مثل استعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.
2. **إرشادية نفسية**: مثل الاهتمام بالعوامل النفسية التي تساعد على التكيف والتعايش مع الإعاقة وتنمية الشخصية.
3. **تعليمية**: بتوفير فرص التعليم للقادرين منهم على التعلم.
4. **تدريبية**: وذلك بفتح الطريق في مجالات التدريب المختلفة تبعاً لمستوى المهارات المتوفرة لدى المعوق.
5. **اجتماعية**: وذلك بتوثيق صلات المعوق بمن حوله وتعديل نظرة المجتمع إليه.
6. **ثقافية**: بتوفير مجالات المعرفة والوسائل الثقافية وجعلها في متناوله.
7. **اسرية**: وذلك بتمكين المعوق من العيش في الحياة الأسرية الصحيحة.
8. **مهنية**: وذلك بمحاولة تأهيله مهنياً إذا كانت قدراته تسمح بذلك لأن شعور المعوق بأنه قادر على جلب عيشه بنفسه عامل مهم في رفع كفاءته وقدرته وتكيفه في المجتمع. (المغلوث، 1999)

المبادئ الخاصة لتأهيل المعوقين

يقوم التأهيل المعاصر على مجموعة من الأسس والمبادئ التي ينطلق منها العاملون فيه لمساعدة المعوقين للعودة إلى الحياة والاندماج فيها بأعلى درجة من التوافق ومن هذه المبادئ:

أولاً، الطبيعة الكلية للفرد، إن النظرة الكلية للفرد تعمل على إدراك أن عملية النمو عملية مستمرة طوال حياة الفرد، وكل مرحلة من مراحل النمو تتأثر بما قبلها من مراحل وتؤثر فيما بعدها من مراحل، ولكي نفهم الفرد علينا التعرف على تاريخ حياته، والبحث عن الجوانب الإيجابية في ماضيه، وأن نبني للمستقبل على أساس متين.

إن التأهيل بوسعه أن يتعامل مع الطبيعة الكلية للبشر ويقوم على أساس من الشمولية في مجال العمل، فالتأهيل عملية تتابع من الأنشطة المعدة للوفاء بالحاجات الكلية للأفراد.

ثانياً: حق تقرير المصير: إن للفرد الحق في اتخاذ القرارات المتعلقة به، وتحديد أهدافه الخاصة وكيفية تحقيقها، فالعميل مسؤول في مجال تأهيله عن اتخاذ القرارات النهائية من حيث حقه في ذلك وتحمله المسؤولية عند اتخاذه لأي قرار وهذا من الشروط الأساسية في التأهيل، مما يساعد مرشد التأهيل على التحرر من مشاعر الإثم عندما يخفق أحد العملاء في التأهيل إذا كان هو صاحب الحق في اتخاذ القرارات لهم.

ثالثاً: الحق في المساواة: الحق في المساواة قرره الإسلام وأيدته كافة الشرائع السماوية بأمر من خالق الإنسان جل وعلا الذي يهدي البشرية في خطاها المعاصرة في العمل نحو تحسين أحوال المعوقين وما تنادي به من إعلانات لحقوق الإنسان وحقوق الطفل وحقوق الأشخاص العاجزين وحقوق المعوقين عقلياً وغيرها.

رابعاً: المشاركة في حياة المجتمع: الفرد كائن اجتماعي يؤثر في المجتمع ويتأثر منه ولديه دافع أن يعمل ويساهم كعضو في المجتمع.

والتأهيل بهذا المفهوم يتجه إلى كل معوق ويعطي الاهتمام لشديدي الإعاقة وأكثر حاجة للجهة والعمل التأهيلي بصرف النظر عن مقدار مساهمتهم الإنتاجية أو الاقتصادية في حياة المجتمع، وهو بذلك يتجه إلى تحقيق الأمن الاجتماعي.

خامساً: العزيمة: الإنسان عزيمة روحية تدفعه في الحياة إلى تحقيق الكثير وهذا واضح من كثير من الشواهد لذوي الاحتياجات الخاصة والتي كتبوها بأنفسهم أو قاموا بها وحققوا نماذج يعجز كثير من العاديين عن تحقيقها، كما نالوا جوائز تعبيراً عن تقدير المجتمع لروحهم العالية في مواجهة عجزهم.

سادساً: القدرة: من المبادئ الرئيسية التي يرتكز عليها تأهيل المعوقين جوانب القوة لدى الفرد بعد حدوث الإعاقة.

سابعاً: تنمية سلوك التعامل مع المواقف: إن تنمية سلوك التعامل مع المواقف تحتاج إلى تدخل بشكل أساسي في السلوك وأن توجه نحو أهداف واضحة ومحددة، إذ ينبغي أن يكون الفرد قادراً على الأداء في مجموعة من المواقف الاجتماعية ومع الأسرة ومع الجماعة الاجتماعية ومع جماعة العمل ومع المجتمع الأكبر.

ثامناً: توجيه الخدمات التخصصية في صورة متكاملة نحو تحقيق أهداف العميل: أي النظر إلى الشخص المعوق على أنه وحدة وأن الذي يتعدد هو الحاجات وليس الشخص، فلابد من تقديم خدمات منسقة للعملاء بمفهوم الفريق واستخدام مشترك لمجموعة واسعة من التخصصات في صورة ديمقراطية.

تاسعاً: تأثير البيئة: من مبادئ التأهيل إصلاح البيئة لتهيئة أفضل الظروف الطبيعية والاجتماعية للمعوقين، فمن المعروف أن للبيئة أثراً واضحاً في المعوقين مهما بلغت قدرة ودافعية الشخص المعوق، ولا يكفي العمل مع الشخص المعاق بمنأى عن بيئته.

عاشراً: كرامة الإنسان: قال تعالى: ﴿ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا ﴾ (الإسراء: 70).

إن لدى الإنسان كرامة ومن هنا يصبح التأهيل حقاً لكل إنسان، فلابد من تقبل العمل بصرف النظر عن جنسه أو لونه أو دينه أو درجة ونوع الإعاقة، والوصول به إلى أعلى درجة من الأداء الجسمي أو العقلي والاجتماعي والنفسي من خلال تقديم الخدمات اللازمة له.

حادي عشر: الاهتمام بالفردية: الاهتمام بفردية كل عميل والنظر إليه على أنه ذو خصائص متفردة وهذا ضروري لإعداد خطط التأهيل والتشخيص والإرشاد وفي تقديم الخدمات. (الزارع، 2006).

ثاني عشر: الميول والاهتمامات المختلفة للمعوق

ثالث عشر: مراعاة فرص العمل الفعلية في البيئة

رابع عشر: مراعاة الحالة النفسية والاجتماعية للمعوق، وكذلك مشاعره الخاصة وتقبله. (الزارع، 2006) (المغلوث، 1999)

هذه المبادئ يجب ان تكون هي الأساس الذي يوضع في الاعتبار وتسير عليه قبل البدء في عملية تأهيل المعوق أياً كان نوع التأهيل المرغوب، والبدء بدراسة المعوق بشكل صحيح وموضوعي ووصولاً إلى خطة تأهيلية وعلاجية ناجحة تضمن الاستفادة من القدرات المتبقية لديه أو اكتشاف قدرات كافية لم يتم اكتشافها عنده من قبل.

خدمات التأهيل المهني

هنالك العديد من الخدمات التي يقدمها التأهيل للأفراد المعوقين عقلياً أهمها:

اولا: التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation)

مما لاشك فيه أن التأهيل الطبي له دور هام في عملية التأهيل الكلي للفرد حيث يبدأ بتقييم حاجات المعوق الصحية ثم تحويله إلى الأفراد المتخصصين لاستعادة أقصى ما يمكن من قدراته، مثل تدريب عضلاته على تحمل الأطراف الاصطناعية في حالة بتر الأطراف ثم كيفية استخدام الأطراف، وبما أن التأهيل بشكل عام عملية مستمرة ومنظمة وشاملة، فالتأهيل الطبي جزء من هذه العملية وأحد أركانها الأساسية.

تبرز اهمية التأهيل الطبي في أنه يشكل الأساس لعملية التأهيل من خلال التشخيص المبكر والرعاية الصحية والطبية وبالتالي اتخاذ الإجراءات التأهيلية المناسبة.

مفهوم التأهيل الطبي

التأهيل الطبي هو إعادة الشخص المعوق إلى أعلى مستوى وظيفي ممكن من الناحية الجسمية والعقلية عن طريق استخدام المهارات الطبية للتقليل من العجز أو إزالته إن أمكن. (الزعمط، 2005).

والتأهيل الطبي هو محاولة استعادة أقصى ما يمكن توفيره للفرد المعوق من قدرات بدنية سواء عن طريق علاج هذه الحالة بالأدوية أو بالعلاج الجراحي أو الطبيعي أو بالعمل أو علاج عيوب النطق مع الاستعانة بالأجهزة المساعدة. (الزارع، 2006).

أهداف التأهيل الطبي

تتمثل أهداف التأهيل الطبي فيما يلي:

1. تحسين أو تعديل الحالة الجسمية أو العقلية للمعوق.
2. استعادة قدرة المعوق على العمل والقيام بما يلزم من نشاطات الرعاية الذاتية في الحياة العامة.
3. إيصال الفرد المعوق إلى أقصى مستوى وظيفي يمكنه الوصول إليه من النواحي الطبية (الزعمط، 2006).

مبادئ التأهيل الطبي

من أهم المبادئ التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في عملية التأهيل الطبي ما يلي:

1. أخذ المشكلة الكلية للمعوق بعين الاعتبار وتشمل حالته النفسية والاجتماعية والمهنية والجسمية.
2. استمرار المعوق في ممارسة الأنشطة والتمارين الجسمية والأعمال التي يستطيع القيام بها.
3. عدم الاقتصار على معالجة الأجزاء المعطلة والمعاقة لدى الفرد المعوق، بل لابد من تطوير وتنمية قدراته الجسمية الأخرى والاستفادة منها في التعويض عما فقده من وظائف.
4. التأكيد على أهمية تقبل المعوق للوضع الجسمي الجديد وتقبل الصورة الذاتية الجديدة والتكيف مع هذا الوضع وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاته.

خدمات ووسائل التأهيل الطبي

تتضمن خدمات التأهيل الطبي الجوانب التالية:

1. **العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية:** مساعدة الفرد المعاق على استعادة قدراته العقلية والجسمية عن طريق العلاج بالأدوية والعقاقير الطبية، ويمكن أن تكون وسيلة وقائية لعدد كبير من الأمراض، فعلى سبيل المثال التطعيم المبكر ضد

فيروس شلل الأطفال يؤدي إلى الوقاية منه وبالتالي عدم إصابة الأطفال به مما يؤدي إلى وقايتهم من الإعاقة.

2. **العمليات الجراحية:** تعمل العمليات الجراحية على مساعدة الفرد المعوق من ان يستعيد قدراته الجسمية التي يعاني منها أو التي فقدها بسبب الإعاقة التي يعاني منها.

ويتم في العمليات الجراحية تصحيح أو زرع أو تثبيت أعضاء في الجسم مما يؤدي إلى إعادة عمل اعضاء الجسم المعطلة، فمثلاً زرع قرنية لشخص كفيف يمكن ان تؤدي إلى إبصار هذا الشخص وتحول دون ان يكون معوقاً بصرياً.

3. **الأجهزة التأهيلية المساعدة:** مساعدة الفرد المعوق عن طريق استعمال الأجهزة المساعدة والتي عن طريقها تقلل من أثر الإعاقة الموجودة لديه، وتؤدي إلى إعطائه الفرصة للمشاركة في نشاطات الحياة اليومية، بالإضافة إلى الاستفادة من الخدمات التعليمية والتدريبية والتشغيلية والترفيهية، وعمليات الانتقال والاندماج في المجتمع، ومن أمثلة الأجهزة المساعدة:

(السماعات الطبية، النظارات الطبية، العكازات، الأطراف الاصطناعية، الكراسي المتحركة ....الخ).

4. **العلاج المهني:** يعد العلاج المهني من الوسائل الأساسية والضرورية في عملية تدريب الفرد المعوق على القيام بالأنشطة الجسدية والعقلية المتنوعة التي تساعده في تحسين صحته الجسمية والعقلية وتمكينه من القيام بالأنشطة اليومية والتدريب على مهنة مناسبة لقدراته.

5. **العلاج الطبيعي:** مساعدة الفرد المعوق عن طريق العلاج الطبيعي الذي يعد من وسائل التأهيل الطبي المهمة، وتحسين الوظائف الجسمية للفرد، وتحسين حركة المفاصل وقوتها، والتآزر والتناسق وزيادة الدعم في الأطراف، وزيادة دوران الدم في الأطراف. فالطب الطبيعي هو عمل الطبيب، والعلاج الطبيعي هو تنفيذ العلاج الذي يصفه الطبيب ويعهد بتنفيذه إلى المعالج الطبيعي والمعالج الطبيعي ليس طبيبا وإنما هو اخصائي في تنفيذ هذا النوع من العلاج.

إن مراكز تأهيل المعوقين التابعة للوزارات تستعين بأطباء أخصائيين في الطب الطبيعي إلى جانب المعالجين الأخصائيين في العلاج الطبيعي (المعايطة والقمش، 2007: 113- 116).

الطب الطبيعي من مبررات القبول بمراكز التأهيل

إن تأهيل المعوق في بيته الطبيعية أفضل كثيرا من عزلة عن البيئة في مراكز التأهيل (أي بنظام الإقامة الداخلية) وأن تلك المراكز إنما تقام لاستقبال بعض حالات المعوقين الذين تدعو ظروفهم الخاصة – بإلحاح – إلى إقامتهم داخليا أو بالنظام النصف داخلي ..... ومن بين هذه الظروف، حاجة المعوق إلى رعاية طبية وقائية من مضاعفات العاهة، أو علاجية استكمالا لعلاج الإصابة المسببة للعاهة، مع تعذر انتقاله إلى مركز العلاج يوميا أو في مواعيد الجلسات – وعندئذ يتعين إقامته بالمركز، حيث تشتمل خدمات جميع مراكز تأهيل المعوقين على إمكانيات العلاج الطبيعي.

وفي هذه الحالات يبقى المعوق مقيما في المركز أقصر مدة ممكنة تحتاجها حالته العلاجية، حتى يمكن في بيته الطبيعية بعد ذلك استكمال تأهيله مهنيا واجتماعيا .... وذلك ما لم تكن هناك مبررات أخرى لاستمرار الإقامة الداخلية، مثل صعوبة انتقاله من مسكنه في البيئة الطبيعية إلى أماكن التدريب المهني فيلحق بأقسام التدريب المهني بالمركز، أو في الحالات التي يوصي الأخصائي النفسي أو الطبيب بوضعه تحت الملاحظة المستمرة بمعرفة أخصائي التأهيل الاجتماعي لإثبات مشاهداته في سبيل التحقق من سلامة تشخيص حالة المعاق، أو في حالات معاناته من مشكلات إقامته مع أسرته او عدم وجود اسرة أو محلي إقامة .... الخ.

علاقة تأهيل المعاقين بالطب المهني

يعتبر الطب المهني من الاختصاصات الطبية التي لها علاقة بالتأهيل المهني للمعوقين حيث يهدف إلى:

- وقاية العمال من أي مخاطر صحية قد تنشأ من عملهم أو من الظروف التي ينفذ فيها العمل.

العمال وتعيينهم في الأعمال المناسبة لهم.

- المساهمة في الوصول إلى اعلى درجة ممكنة من الرفاهية الجسدية والعقلية للعمال والمحافظة عليها (شرف، 1982).

التعاون الطبي المهني

إن الاهتمام برعاية المعوقين من الأعمال الدقيقة التي تتدخل فيها أطراف مهنية كثيرة حيث يتناول كل طرف الإعاقة من جانب اختصاصه، ويجب أن لا يقوم أي اخصائي بعمل علاجي او تربوي أو مهني بمفرده دون الرجوع إلى الأخصائيين الآخرين والعمل كفريق.

إن الإعاقة ومعالجتها تتطلب تدخل جميع الأخصائيين والعاملين في هذا المجال مثل الطبيب والأخصائي النفسي والمعلم والأخصائي الاجتماعي وطبيب العيون والأعصاب وجراحة العظام والعلاج الطبيعي والطبيب النفسي وأخصائي التأهيل بالإضافة إلى الأسرة حيث يعمل كل منهم على علاج جانب ولكنه في نفس الوقت يعمل مع الأخرين أو يطلع على ما يقومون به من أعمال مع الأفراد المعوقين.

كما أن للاستشارة الطبية في برنامج التأهيل المهني تؤدي إلى التأهيل الناجح للأفراد المعوقين، وعليهم (الأفراد المعوقون) والأشخاص العاملين في مجال التأهيل أن يستفيدوا من الاستشارة الطبية في عملهم مع الأفراد المعوقين، وأن يوظفوا هذه الاستشارات في تقديم الخدمات المناسبة لهم، ولابد من ذكر أن المستشار الطبي ليس هو الذي يقرر ويحدد أهلية المعوق لتلقي الخدمات التأهيلية بل أن تحديد هذه الأهلية يقرره مرشد التأهيل المهني بالتعاون مع الأشخاص العاملين في مجال التأهيل المهني.

ويعتبر التعاون الطبي المهني ضرورياً لأنه:

1. يتيح معالجة جميع جوانب مشكلة الشخص المعاق بطريقة منهجية وناجحة.
2. ييسر اللجوء إلى كافة الخدمات المتاحة في الوقت المناسب.
3. يمكّن من تحديد الأشخاص المعوقين الذين يكونون في حاجة إلى التأهيل المهني.
4. ييسر الحصول على المشورة الطبية في أي مرحلة من مراحل التأهيل المهني.

5. يمكّن من بدء التأهيل المهني في أسرع وقت ممكن.
6. يسهّل تحقيق الشفاء في أقصر فترة ممكنة.

ومن أهداف التقييم في كل من التأهيل الطبي والتأهيل المهني:

1. تكوين رأي طبي بوجود اضطراب أو نقص جسدي أو عقلي يؤثر على ممارسة الشخص لنشاطاته وهذا واحد من نواحي تحديد أهلية الشخص للخدمات المقدمة للمعوقين.
2. تقييم الوضع الصحي الحالي واكتشاف أية اضطرابات أخرى لم تكن معروفة سابقاً لدى الشخص المعوق مما يؤدي إلى تحديد طاقاته وقدراته.
3. تحديد طرق ومدى إمكانية إزالة أو تصحيح أو تقليل حالة العجز بالمعالجة والتأهيل الطبي.
4. تزويد العاملين في برنامج التأهيل بأسس واقعية لاختيار الأهداف التدريبية والتشغيلية التي تتناسب مع طاقات الشخص المعوق.

ومن الاختصاصات الطبية التي لها علاقة بالتأهيل المهني للمعوقين:

- طب العيون
- طب الأذن والأنف والحنجرة
- طب الأعصاب
- طب وجراحة العظام
- الطب النفسي
- الطب الجسدي والتأهيل
- العلاج الطبيعي
- الطب المهني

ثانيا: التأهيل النفسي (Psychological Rehabilitation)

إن حياة الإنسان عبارة عن تفاعلات مستمرة بين شخصيته والبيئة التي يعيش فيها، ويهدف هذا التفاعل إلى إيجاد التوازن بين حالته الجسمية والنفسية الاجتماعية وبين ما تتصف به ظروف البيئة من صفات تؤثر عليه، وحينما يختل هذا التوازن مع البيئة بحيث يصبح من الصعب على الإنسان أن يواجهه بمفرده، عندها يحتاج إلى خدمات من الآخرين لإعادة هذا التوازن.

وعن طريق التأهيل النفسي يتمكن المعوق من الانخراط في المجتمع ويتقبل الإعاقة ويرمي التأهيل النفسي إلى مساعدة المعوق على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعي عن طريق تقبل إعاقته والتفكير بشكل واقعي في كيفية العيش معها دون الشعور بالنقص.

والتأهيل النفسي عملية تقوم على علاقة متبادلة بين المرشد النفسي والمعوق وتكون هذه العملية في إطار برنامج التوجيه والإرشاد النفسي، ويركز الأخصائي النفسي في عمله على مساعدة الفرد المعوق على التعايش مع قدراته المحدودة المتعلقة بإعاقته وفي التغلب على الإحباط وعدم الثقة.

ويعرف **التأهيل النفسي للمعوقين**: بأنه ذلك الجانب من عملية التأهيل الشاملة والتي ترمي إلى تقديم الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الفرد المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقته مع هذا العالم، كما يهدف التأهيل النفسي إلى الوصول بالفرد لأقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته وتقبل إعاقته.

وقد عرفه الوزنة: إنه إعادة التكيف النفسي للمعوق في المجتمع الذي يعيش فيه وذلك عن طريق مساعدته على تقبل الوضع الجديد والتأقلم مع الإعاقة الموجودة لديه حتى لا تكون هذه الإعاقة سبباً في اعتزاله عن المجتمع وتكون عاملاً مسبباً لحدوث كثير من الأمراض النفسية التي تصاحب بعض المعوقين. (الزارع، 2006).

عملية التكيف للإعاقة

إذا كان الفرد في حاجة إلى إعادة تكيف من الناحية النفسية فإنه يحتاج إلى التأهيل النفسي حيث يتناوله الأخصائي النفسي بالتعاون مع الاجتماعي أو أخصائي التأهيل لأن تشخيص الحالة يحتاج إلى الاستعانة بتاريخ المصاب أو بظروفه التي سبقت الأعراض الطارئة مباشرة كما يحتاج إلى الاهتمام بملاحظات أفراد الأسرة واستقصاء مشاهدات المعلمين والزملاء وأحياناً الاستعانة بالطبيب النفسي إذا ما وجد ما يوحي بالاشتباه في مرض عقلي.

إن جميع العاملين مع المعوقين يتفقون على أن هناك علاقة ما بين اتجاهات الشخص نحو إعاقته وما بين نجاح تأهيله الجسدي أو المهني، فالمعوقين الذين يرفضون تقبل إعاقتهم أو الذين يتميزون بانخفاض الدافعية ودائمو الشكوى والتذمر فإنهم يحبطون الأشخاص اللذين يحاولون مساعدتهم من ناحية. ومن ناحية أخرى يفشلون في الاستفادة القصوى من خدمات التأهيل، لذلك فإن المعرفة عن عملية تكيف المعوق هي مهمة جداً لجميع الذين يعملون مع المعوقين وخصوصاً المرشدين المهنيين والأخصائيين الاجتماعيين، إن عملية تكيف المعوق للإعاقة تتكون من مراحل وهي كالتالي:

1. مرحلة الصدمة: وهي مرحلة التشخيص الأولى وفترة العلاج، فالفرد هنا لم يستوعب أن جسده مريض ولا يعرف عن حالته الجسدية حتى أنه لا يظهر أي قلق.
2. مرحلة توقع الشفاء: تبدأ هذه المرحلة بعدما يتبين الفرد بأنه مريض، فيعتقد بأنه سيشفى من إصابته.
3. مرحلة الحزن: وفي هذه المرحلة يكون الفرد في حالة يأس شديد، فكل شيء ضاع وهو يشعر بأنه سوف لا يستطيع أن يعمل أي شيء أو يحقق أي هدف له ويمكن أن يفكر في الانتحار.
4. مرحلة الدفاع: وتنقسم إلى قسمين:

أ. الدفاع الإيجابي: وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد التعامل مع إصابته والتكيف معها ويبدأ حياته بالرغم منها.

ب. الدفاع السلبي: وهنا يستعمل الفرد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة وخصوصاً النكران (نكران تأثير الإعاقة عليه).

5. مرحلة التكيف: تراود الشخص المعوق الأفكار التالية إن جسمي مختلف، وإعاقتي مختلفة ولكنها ليست سيئة، إن الإعاقة تجعلني مختلفاً، ولكن ذلك لا يمنعني من عمل أشياء مختلفة ومفيدة. (الزعمط، 2005).

أهداف التأهيل النفسي للمعوقين عقلياً

يمكن تلخيص أهداف التأهيل النفسي بشكل عام بما يلي:

1. مساعدة المعوق على فهم وتقدير خصائصه النفسية.
2. مساعدة المعوق على معرفة إمكانياته الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية.
3. تخفيض التوتر والكبت والقلق لديه وضبط عواطفه وانفعالاته.
4. تعديل عاداته السلوكية غير المرغوبة.
5. مساعدته في تنمية الشعور بالقيمة وتقدير الذات واحترامها.
6. تنمية اتجاهات إيجابية لديه نحو الحياة والعمل والمجتمع.
7. تدريبه على غرس ثقته بنفسه وبالآخرين. (الزارع، 2006).

خدمات التأهيل النفسي للمعوقين عقلياً

خدمات الإرشاد النفسي: تبرز أهمية خدمات الإرشاد النفسي للمعوقين من حيث حاجتهم إلى خدمات متخصصة تؤدي إلى التخفيف من الآثار السلبية لإعاقاتهم وتعرف بأنها الخدمات النفسية التي تهتم بتكيف الشخص المعوق مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى ليتمكن من اتخاذ قرارات سليمة في علاقاته مع هذا العالم والوصول بالفرد إلى أقصى درجة ممكنة من درجات النمو والتكامل في شخصيته وتحقيق ذاته.

ومن أهم الأساليب المستخدمة في خدمات الإرشاد النفسي للمعوقين:

1. الإرشاد الفردي: والمقصود به إرشاد الفرد من ذوي الحاجات الخاصة أو أسرته في كل مرة ومساعدته على حل مشكلاته والتكيف معها ولابد من مراعاة ما يلي:
   - الترحيب بالفرد وبالوالدين وتوضيح أهداف الجلسة الإرشادية.
   - التأكيد على السرية من اللحظة الأولى
   - إعطاء الفرد فرصة للاسترخاء وعدم الشعور بالتوتر.
   - اختيار المكان المناسب الخالي من الضوضاء لإجراء الجلسات (يحيى، 2003).

2. الإرشاد الجمعي: والمقصود به إرشاد عدد من الأفراد الذين تتشابه مشكلاتهم ويكون عدد المعوقين الأعضاء في المجموعة الإرشادية ما بين (68-) ويعانون من مشكلات متشابهه.

وحتى يفعّل الإرشاد الجمعي لابد من:

- تنظيمه عن طريق متخصص له خبرة وفهم في ديناميكية الجماعة.
- مراعاة التجانس بين الأفراد المشاركين.
- توضيح أسباب تشكيل الجماعة وفوائد وأهمية وطبيعة الإرشاد الجمعي. (يحي، 2003).

والإرشاد الجمعي علاج يستثمر ما يقوم بين افراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل له أثر في تغيير سلوكياتهم ونظراتهم إلى الحياة وإلى أعراضها، وفي هذا العلاج مجال كبير لانطلاق الانفعالات وإسقاطها على أعضاء الجماعة. وحين ترى الحالة أن مشكلاتها ليست قاصرة عليها، لا تعود هذه المشكلات مصدر إزعاج لها، بل يُصبح ذلك عاملاً يقوي شعورها بالانتماء إلى الجماعة وثقتها فيها وتوحُّدها بها، وهذا الشعور يكون سنداً عاطفياً للحالة يُعينها على الاستبصار بنفسها وفهمها (السيد، 1988).

ومن مميزات هذا النوع من العلاج أيضاً الآتي:

أ. تأتي التغذية الراجعة الحقيقية من أفراد مختلفين.

ب. يُزود الموقف بمدى كبير من النماذج.

ج. يُتيح أعضاء الجماعة فيما بينهم قدراً كبيراً من التشجيع والمساندة.

د. يستطيع الأعضاء اكتساب أبعاد جديدة في الجماعة.

هـ. يتيح فرصاً حقيقية لممارسة المهارات الاجتماعية وتحسينها ويكتسب الأخصائي من خلالها معلومات هامة عن السلوك الاجتماعي الواقعي (دافيدوف، 1977: 715-716).

ولكي يكون العلاج الجماعي فعالاً ويؤتي ثماره، فلابد أن يكون تحت إشراف الأخصائي الاجتماعي أو أخصائي التربية الخاصة مثلاً، لأن الكثير من السلوكيات الطبيعية والمقصودة تحدث أثناء العلاج الجماعي من قبل المشاركين في هذا العلاج بما فيهم المعاق نفسه.

ولابد أن توضح تلك السلوكيات للشخص المراد تأهيله، وأن توجَّه بشكل يخدم العملية العلاجية، ويسيرها نحو الوجهة الصحيحة المرسومة لها.

3. **الإرشاد باللعب**: هناك العديد من صور اللعب التي يمكن توظيفها لتخدم المعوق وتساعد على تنمية روح الجماعة في داخله ومن تلك الصور، هناك المباريات التي تكون مرسومة ومنظَّمة بشكل يتناسب مع شخصيته وتكوينه وتساعده حتى يصل الأدوار، وميزة تلك المباريات، أنها تسند أدواراً محدَّدة للمعوَّقين وتحدِّد قواعد سلوكها وتقلِّل من الاحتكاك فيما بينهم داخل الجماعة. كما أنها توجِّه الجماعة نحو هدف مشترك يساهم كل فرد من الجماعة في تحقيقه. ومن خلال اللعب والنشاط الترويحي المختلف والمتعدد، فإنه يمكن إشباع الاحتياجات والميول الاجتماعية مع الآخرين، ومن تلك الاحتياجات الحاجة لتكوين علاقات اجتماعية وتكوين صداقات، والحاجة للثقة وتحمُّل المسؤوليات، وكذلك الحاجة لتعديل مفهوم الذات الأمر الذي يرفع معنويات الشخص المعوق ويساعده في تحقيق الرضا عن نفسه وتقليل الشعور بالنقص أو العجز لديه إلى أقصى قدر ممكن (فهمي، 1983).

4. **الإرشاد عن طريق الفن**: إن ممارسة النشاط الفني تعطي الفرصة للشخص المعوق للتعبير عن عالمه الخاص ومشاكله وانفعالاته في جو خال من التهديد.

5. **الإرشاد والعلاج عن طريق التمثيل**: يعتبر أسلوباً للتنفيس والتفريغ عن الشحنات العاطفية ويكون العلاج إما فردياً أو جماعياً.

6. **الإرشاد الوقائي**: نشر الوعي لدى العائلات من أجل التقليل ما أمكن من حدوث الإعاقات.

خدمات الإرشاد الأسري والتعليم المنزلي

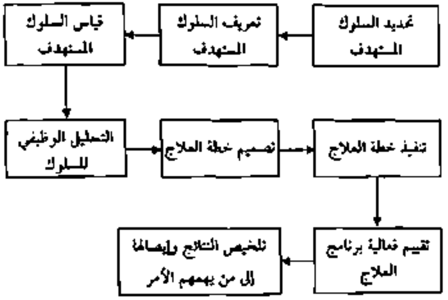
تشمل خدمات الإرشاد الأسري إشراك كل من الوالدين في عملية الإرشاد وتوفير الدعم والفهم لهما لمواجهة المشاكل المتوقعة، تقديم النصح للوالدين بشأن خدمات البيئة التي يحتاج لها الطفل المعوق ويمكن في هذا المجال الاستفادة من المعلومات التي يقدمها الوالدان عن سلوك الطفل المعوق ومدى تقدمه، وتتضمن خدمات الإرشاد النفسي، كذلك طرق اختبار وإبلاغ الأهل بمدى تقدم طفلهم المعوق في مراكز ومدارس التربية الخاصة. كما تشمل خدمات التعليم المنزلي توعية وتدريب الأهل على كيفية رعاية وتعليم وتدريب وتأهيل أطفالهم المعوقين وتدريبهم على وسائل التعليم الخاصة في تعديل سلوكيات الطفل وإشراكه في نشاطات الحياة اليومية بما فيها النشاطات الاجتماعية والترويجية التي تجعله أكثر سعادة ورضى.

كما تشمل خدمات الإرشاد الأسري كذلك إشراك الأهالي في الاجتماعات التي تعقد في هذا الإطار من حيث طرق الوقاية من الإعاقة، وكيفية التعامل مع الإعاقة ووضع البرامج الخاصة لتدريب المعوقين بمختلف أنواع الإعاقات.

خدمات تعديل السلوك

إن تعديل السلوك يتضمن التطبيق المنظم للإجراءات المستندة إلى مبادئ التعلم بهدف تغيير السلوك الإنساني ذي الأهمية الاجتماعية. ويتم ذلك من خلال تنظيم الظروف والمتغيرات البيئية الحالية ذات العلاقة بالسلوك وبخاصة منها تلك التي تحدث بعد السلوك كذلك يشتمل تقديم الأدلة على أن تلك الإجراءات وحدها ولا شيء غيرها هي التي تكمن وراء التغير الملاحظ في السلوك.

ويتم تعديل السلوك وفق خطوات محددة موضحة بالشكل رقم (1 – 5) هي:



شكل (1 – 5): يوضح خطوات تعديل السلوك

ويستخدم تعديل السلوك أساليب بعضها لتقوية السلوك المرغوب وبعضها للمحافظة على السلوك وأخرى للتقليل من السلوكيات غير المرغوبة ومن هذه الإجراءات والأساليب التعزيز وضبط المثير والتلقين والإخفاء والتشكيل والتسلسل والنمذجة والتمييز والتعميم والعقاب والإطفاء وتكلفة الاستجابة والإقصاء عن التعزيز الإيجابي والتصحيح الزائد والتعاقد السلوكي .... الخ (الخطيب، 1994).

خدمات الإرشاد والتوجيه المهني

يهدف الإرشاد والتوجيه المهني إلى مساعدة الشخص المعوق وتوجيهه نحو اختيار المهنة المناسبة له سواء أكانت للتدريب عليها أو العمل بها ويهدف أيضاً إلى توجيهه إلى اختيار مهنة تتلاءم مع ميوله واستعداداته وقدراته.

خدمات العلاج النفسي

تتناول هذه الخدمات المشكلات النفسية الأكثر شدة والتي تؤدي لعدم تكيف الفرد مع مجتمعه وأسرته، وتساعد في جعل المعوق يتكيف مع نفسه من جهة ومع العالم المحيط به من جهة أخرى.

طرق ووسائل تغيير اتجاهات المجتمع السلبية نحو المعوقين

إن الأشخاص المعوقين وخصوصا ذوي الإعاقات الظاهرة كالمعوقين جسدياً وبصرياً والمعوقين عقلياً والمرضى العقليين، غالباً ما يكونون هدفاً للاتجاهات السلبية نحوهم وعرضة للممارسات التمييزية ضدهم وهذه في كثير من الأحيان تعطل فرصهم في أن يكونوا أعضاء منتجين في المجتمع.

هناك عدة طرق تقليدية لتغيير اتجاهات المجتمع السلبية نحو المعوقين وهي:

1. الاتصال المباشر مع المعوق: وهذا يتم عن طريق الاتصال المباشر مع المعوقين وذلك بزيارة المؤسسات والمراكز وتنظيم الزيارات المتبادلة ما بين المدارس والكليات والجامعات ومؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين.
2. إعطاء معلومات حول المعوقين: وذلك من خلال قراءة الكتب عن المعوقين والمحاضرات والنشرات والندوات والأفلام والمجلات والصحف.
3. الاتصال المباشر وإعطاء المعلومات والخبرة المباشرة بالموضوع: يتم تقديم المعلومات الخاصة بالمعوق من خلال تنظيم الزيارات الميدانية التي تقوم بها المؤسسات المختلفة إلى مدارس ومراكز المعوقين وتعتبر هذه الطريقة من أنجح الطرق وأشدها تأثيراً في هذا المجال وتؤدي إلى نتائج إيجابية في تغيير الاتجاهات السلبية نحو المعوقين.
4. التأهيل المهني: إذا ما تم تدريب المعوق على مهنة تتناسب مع ميوله واستعداداته وقدراته وعمل بها وأثبت كفاءته وجدارته بها فإن صاحب العمل والعاملين معه وكذلك زوار الشركة أو المصنع سوف يغيرون من اتجاهاتهم السلبية نحو المعوقين.

ثالثاً: التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation)

يعتبر التأهيل الاجتماعي من أهم المراحل التي تحول دون حدوث العجز لدى المعوقين، وأكثر المراحل تشعباً وتعقيداً، لأنها لا ترتبط بالفرد فحسب بل ترتبط بالأوضاع الاجتماعية السائدة في المجتمع.

وتعتبر النظرية الحديثة لمشكلة العجز والإعاقة أن المجتمع هو العامل الذي يعيق وليس الفرد نفسه، فمواقف المجتمع هي التي يمكن أن تحول ضعف الأفراد إلى عجز.

إن التأهيل الاجتماعي يهتم بإعداد المعوق للعيش بين أفراد أسرته ومجتمعه نظراً لتعرضه إلى كثير من العوامل الاجتماعية التي قد تؤدي إلى رفضه أو تقبله، ويصبح التأهيل أمراً ضرورياً لإعادة التوافق وتغيير الاتجاهات لإحداث التوازن المطلوب لسلامة الصحة النفسية.

وتأتي أهمية وضرورة التأهيل الاجتماعي للمعوقين كأداة تخدمهم وتساعد في نجاح البرامج المقدمة لهم وبالتالي إلى تأهيلهم وصولاً لدمجهم في المجتمع.

ويمكن بيان التأهيل الاجتماعي للمعوقين بأنه تلك الأنشطة والبرامج الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة التي تقوم بها المؤسسات الاجتماعية وتقدمها للأشخاص المعوقين الهادفة إلى استغلال طاقاتهم وإحداث أنسب توافق ممكن بين المعوق وبيئته الاجتماعية على نحو يحفظ له كرامته وحقوقه كإنسان له حق العيش في الحياة أسوة بغيره من الأسوياء.

ويعّرف التأهيل الاجتماعي بأنه: هو ذلك الجانب من عملية التأهيل الذي يرمي إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف مع متطلبات الأسرة والمجتمع وتخفيف أية أعباء اجتماعية واقتصادية قد تعوق عملية التأهيل الشاملة، وبالتالي تسهيل دمجه أو إعادة دمجه في المجتمع الذي يعيش فيه. ويعتبر التأهيل الاجتماعي جزءاً حيوياً في جميع عملية التأهيل (الطبية، التعليمية والمهنية) كما يشير أيضاً إلى خبرة وجهود المعوق الذاتية للتغلب على مختلف الحواجز والحدود البيئية ومن بينها الحواجز القانونية والسلوكية والبدنية وأية معوقات وحواجز أخرى. (الزعمط، 2005).

وهو عملية إعادة التنشئة الاجتماعية للمعوق الذي يعاني من ازدواجية الإعاقة أو شدتها بحيث لا يمكنه الاستفادة من التأهيل المهني ومزاولة العمل.

أهداف التأهيل الاجتماعي

يهدف التأهيل الاجتماعي إلى مساعدة الشخص المعوق على التكيف الاجتماعي ليستطيع أن يندمج ويشارك في نشاطات الحياة المختلفة في المجتمع وذلك من خلال مجموعة من الخدمات والوسائل، ويمكن إجمال أهداف التأهيل الاجتماعي بما يلي:

1. إيقاف تيّار العجز بالاكتشاف المبكّر لحالات الإعاقة، ومساعدتها حتى تصل إلى أقصى ما تسمح به قدراتها وإمكانياتها.
2. توفير فرص العلاج الطبي والنفسي لهم.
3. توفير الخدمات الاجتماعية التي يحتاجونها عن طريق الأخصائي الاجتماعي، بحيث تمتد هذه الخدمات إلى ذويهم إذا تطلّب الأمر ذلك.
4. الاعتراف الواعي بهم كجماعات إنسانية لها كرامتها، ولها حقوقها كي تحيا بهم حياة كريمة.
5. توفير فرص التعليم المناسبة لهم، سواء في فصول خاصة أو مدارس خاصة بهم تناسب قدراتهم واستعداداتهم.
6. توفير فرص التوجيه والتأهيل المهني بما يتناسب مع قدراتهم واستعداداتهم الخاصة.
7. توفير فرص التشغيل المناسبة لهم، ويعتبر ذلك استكمالاً للجهود التأهيلية التي بذلت لهم.
8. تنوير الرأي العام بمشكلاتهم، وحثه على بذل الجهود لتقبُّلهم ومساعدتهم.
9. تشجيع البحوث العلمية في مجال التأهيل الاجتماعي للمعوقين لتطوير أسس التأهيل وأساليبه.

10. تهيئة المؤسسات والطرق وغيرها كي يمارس المعوق حقه في استخدامها والاستفادة منها وعدم تعرضه للأخطار (المغلوث، 1999).

كما تهدف نشاطات التأهيل الاجتماعي إلى ممارسة النشاطات الهادفة إلى زيادة السرور والشعور بالمرح من خلال ممارسة الألعاب الرياضية وحضور الحفلات وزيارة الأصدقاء وممارسة الهوايات والتشجيع على الانخراط في النشاطات الاجتماعية عن طريق الأعمال التطوعية والمشاركة في المناقشات وما إلى ذلك.

أهمية التأهيل الاجتماعي

تبرز أهمية التأهيل الاجتماعي في برامج التربية الخاصة حيث إن المهارات الاجتماعية اللازمة للتوافق الاجتماعي في الرشد يكتسبها الفرد العادي بنفسه ولا يحتاج إلى تعلم الكثير منها في المدرسة حيث يتعلمها عن طريق الملاحظة والتقليد، أما الفرد من ذوي الاحتياجات الخاصة فهو بحاجة إلى اكتسابها عن طريق من يدربه عليها ويعلمه فنون الحياة الاجتماعية ويساعده على مواجهة المواقف الجديدة.

من هنا نرى ضرورة إعداد المعوقين لممارسة أدوار الراشدين في المجتمع وتوفير الرعاية لهم لضمان استمرار توافقهم النفسي والاجتماعي، ويحتاج كل فرد من ذوي الاحتياجات الخاصة إلى خطة فردية لتحويله إلى حياة الراشدين وممارسة أدواره الاجتماعية، ويبدأ التأهيل الاجتماعي لذوي الحاجات الخاصة من الطفولة المبكرة ويستمر معهم ويتم ذلك بتعاون الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين والوالدين والفرد المعوق نفسه لوضع خطة إعداد للحياة العادية في الرشد، وتحديد الخدمات التي يحتاجها في التأهيل الاجتماعي والمهني والتشغيل ومسؤوليات كل منهم في تنفيذ هذه الخطة ومتابعتها.

خدمات التأهيل الاجتماعي

إن خدمات التأهيل الاجتماعي للمعوقين لا تختلف عن الخدمات المقدمة لغيرهم بالنوع بل تختلف في الطريقة ونوع الخدمات المقدمة، فللمعوقين مشاكلهم الخاصة المتعلقة بإعاقاتهم بالإضافة إلى مشاكلهم العادية التي تكون عند غيرهم.

وعند الحديث عن خدمات التأهيل الاجتماعي يجب أخذ الأمور الآتية بعين الاعتبار:

1. أن التأهيل الاجتماعي للمعوقين عملية يشترك فيها مجموعة من الأخصائيين بصورة متكاملة ومنسقة والتي يكون محورها الأساسي هؤلاء الأفراد.
2. التأهيل الاجتماعي عبارة عن عملية مستمرة تكون بدايتها من لحظة انتهاء المرحلة العلاجية التي تثبت فيها الإعاقة، إلى أن يستطيع الفرد العودة إلى المجتمع كعضو بناء يستطيع أن يعيش حياته بدون صعوبة بسبب إعاقته.
3. عملية التأهيل تقوم بها مؤسسات خاصة ومعدة خصيصاً لممارسة الأنشطة أو البرامج الفنية المطلوبة.
4. تستهدف عملية التأهيل الاجتماعي إعادة المعوق للمجتمع والحد من أثر الإعاقة عليه واندماجه مع المجتمع وتكيفه مع بيئته.
5. تتركز عملية التأهيل الاجتماعي حول معونة الفرد حتى يتم إعداده مهنياً ويسترجع قدرته الإنتاجية ويحقق استقلالاً اقتصادياً مناسباً.

ويمكن النظر إلى خدمات التأهيل الاجتماعي من خلال المؤسسات التي تقوم برعاية المعوقين حسب نوع وطبيعة الإعاقة، ومن هذه المؤسسات:

أولاً: مؤسسات التربية الخاصة

تقوم هذه المؤسسات بتقديم الخدمات الاجتماعية من خلال عدة برامج مثل تعديل السلوكيات والنشاطات اللامنهجية وبرامج التوعية الأسرية، وللأخصائي الاجتماعي دور كبير في إنجاح برامج التأهيل الاجتماعي من حيث كونه الشخص المؤهل أكاديمياً للقيام بذلك ومن حيث طبيعة عمله في تلك المؤسسات ومن أنواع الرعاية في هذه المؤسسات:

1. الرعاية النهارية: يتم هذا النوع من الرعاية في مؤسسات خاصة أو فصول خاصة يلتحق بها المعوق أثناء النهار ويعود يومياً إلى أسرته، ويعتبر هذا الأسلوب من أفضل الأساليب والنُظُم المتبعة في العمل مع المعاقين وذلك للأسباب التالية:
   أ. قِلّة التكاليف.

ب. عدم عزل المعوق عن بيئته الطبيعية عزلاً كاملاً، وبذلك يحتفظ بكيانه واحترامه وتقديره لنفسه حيث يشعر المعاق في بيئته الطبيعية أنه كغيره من الناس.

ج. إتمام عملية التأهيل في مدة أقصر، حيث لوحظ أن المعوقين الملتحقين بمراكز التأهيل كثيراً ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم في المركز حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه والبعد عن المتاعب النفسية، لشعورهم بالنقص في البيئة الخارجية.

2. الرعاية الإيوائية: ويُتّبع أسلوب الرعاية الإيوائية الكاملة خاصة مع حالات المعوقين شديدي الإعاقة الذين ثبت البحث الاجتماعي والفحص الطبي والنفسي أن حالتهم تتطلب رعاية إيوائية في مؤسسة خاصة. ومن هذه الحالات ما يلي:

أ. الإصابات الجسمية التي يصعُب معها انتقال المعوق يومياً أثناء عملية التوجيه المهني أو أثناء التدريب المهني.

ب. الحالات المحتاجة أثناء التشخيص إلى مراقبة مستمرة حيث تتطلب أحياناً وضع المصاب تحت المراقبة، أو يتطلب من الأخصائي النفسي مراقبة السلوك طول الوقت.

ج. الحالات التي تحتاج إلى علاج طبيعي بجانب التوجيه والتدريب المهني، ولذلك نجد أن أغلب مؤسسات التأهيل مشتملة على أقسام للعلاج الطبيعي.

د. الحالات التي تكون فيها ظروف البيئة عائقاً كبيراً في سبيل تنفيذ عملية التأهيل، مثل معارضة أسرة المعوق في تأهيله، أو حثّه على التسول. وبعض حالات إصابات العضلات، أو بعض الأمراض النفسية المزمنة ... الخ.

ويتمثل التأهيل الاجتماعي لشديدي الإعاقة في:

- الإيواء الكامل الذي يتضمن السكن والمأكل والملبس.
- الرعاية الصحية والطبية.
- الرعاية النفسية.

- الرعاية الاجتماعية وشغل وقت الفراغ
- التأهيل الاجتماعي كالعلاج بالعمل وبالتدريب على خدمة أنفسهم بأنفسهم إن أمكن ذلك.

3. الرعاية اللاحقة: ويُتّبعْ هذا الأسلوب بعد انتهاء برنامج تأهيل المعوق ويتم فيه:

أ. يُمنح المعوق شهادة يُبيِّن فيها على الأخص المهنة التي تم تأهيله لها، والبيانات الأخرى بشأن تنظيم فحص طالبي التأهيل المهني، وتقرير صلاحيتهم للتأهيل، ومنحهم شهادات التأهيل.

ب. يكون تخرج المعوق من المؤسسة بناء على تقرير تضعه المؤسسة بواسطة الأخصائي الاجتماعي بوضح مدى إمكانية تكيُّفه مع البيئة الخارجية، وتوافق عليه الإدارة العامل للتأهيل الاجتماعي للمعوقين أو الجهة المنوط بها هذا العمل.

ج. تقوم المؤسسة بتشغيل خرِّيجيها وتتبُّع حالتهم لمدة سنة على الأقل، يقوم خلالها الأخصائيون الاجتماعيون بتقديم الرعاية والمساعدة الممكنة التي تتطلبها حالة المعوق.

ثانياً: المستشفيات

تقوم المستشفيات بخدمات التأهيل الاجتماعي للمعوقين من خلال الأخصائيين الاجتماعين الطبية والنفسية حيث تبدأ عملية التأهيل الاجتماعي منذ دخول المصاب إلى المستشفى وحتى مغادرته بهدف تقبله للإعاقة وتكيفه معها.

ثالثاً: المدارس العادية

تضم المدارس العادية أعداداً من المعوقين بالإضافة إلى الصفوف الخاصة وهم بحاجة إلى خدمات إرشادية ونفسية واجتماعية من أجل مساعدتهم على التكيف الاجتماعي والتربوي.

رابعاً: مديريات ومكاتب التنمية الاجتماعية

يتم تقديم خدمات الإرشاد الأسري حيث يقوم الأخصائيون بإرشاد وتوجيه وتوفير المعلومات والخبرات لأسر المعوقين. (الزعمط 2005).

خامساً: الرعاية المنزلية

وهي رعاية تتم في إطار الأسرة والمجتمع لتسهيل اندماج المعوق ومساهمته في المجتمع، وإزالة العوائق والحواجز دون عزله في مؤسسات خاصة.

حيث تقدَّم كافة الخدمات والمساعدات اللازمة لهم في منازلهم لرفع مستواهم المادي والمعنوي. وتؤدي هذا النوع من الخدمات أخصائيات اجتماعيات دُرِّبن تدريباً خاصاً للقيام بهذه المهمة.

وتتلخص هذه الخدمات فيما يلي:

أ. بحث الحالة الاجتماعية للمعوق للوقوف على جميع ظروفه وأحواله واحتياجاته، ووضع خطة العلاج والإعداد السليم.

ب. مساعدة المعوق وأسرته في الحصول على الخدمات من الأجهزة الموجودة في المجتمع.

ج. إحداث التغييرات المطلوبة في اتجاهات أسرة المعوق نحو كيفية معاملتهم له وتقبُّله .... الخ. (رمضان، 1995).

للخدمة الاجتماعية جهود بارزه في تأهيل المعوقين، وهي جهود تفاعلية وتكاملية، والأخصائي الاجتماعي حينما يقوم بدوره مع المعوقين فإنه يقوم به على أساس الفهم المبني على المعرفة الكاملة لفلسفة الخدمة الاجتماعية التأهيلية.

الأدوار الوظيفية للأخصائي الاجتماعي في المجال التأهيلي

أولاً: مع الأفراد المعوقين

إن الأخصائي الاجتماعي هو أول من يجب أن يلتقي به المعوق عند وصوله المؤسسة فتتكون الثقة والاحترام المتبادل بين المعوق والأخصائي الاجتماعي وهما أسس العلاقة المهنية، وفي هذه الحالة يمكن للأخصائي الاجتماعي ان يخفف من حدة

الصراع النفسي للمعوق، كما أن للأخصائي الاجتماعي دور مهم مع أسرة المعوق يربطها به ويزيل ما يساورها من قلق عليه ويعالج مشكلاتها، ويهيئ الأسرة لاستقبال المعوق ليعيش بينها.

ويقوم الأخصائي الاجتماعي المستخدم لطريقة خدمة الفرد المعوق بأداء أدواره الوظيفية لمساعدة عملائه باستخدام الأساليب التالية:

- يأتي المعوق إلى المؤسسة طالباً المساعدة وهو غير معترف بأن مشكلته الأساسية هي عجزه عن أداء دوره.
- الأخصائي الاجتماعي هو ممثل للمجتمع ويقوم بتبصير عميله بمشكلته وواجبات دوره وما يجب عليه وما يتوقعه من الآخرين.
- يُقابل الأخصائي الاجتماعي بمقاومة المعوق ويتم التفاهم وإنهاء الصراع والاتفاق على طبيعة المشكلة وحجمها الصحيح.
- أولى خطوات العلاج تحديد الإمكانيات وتوقعات الآخرين ثم خلق أدوار جديدة في ضوء الإمكانيات.
- تدعيم السلوك الإيجابي لدى المعوق مع إبراز مناطق القدرة والقوة لديه في أدواره الأخرى المتمكن فيها من العوامل المساعدة للاستجابة لخطة العلاج.

ثانياً: مع الجماعات

نستعرض أهم الواجبات العامة للأخصائي الاجتماعي الذي يعمل في المجال التأهيلي ويركز على طريقة العمل مع الجماعات.

- نقطة البداية في عمله، هو التعرف على الجماعة، والاندماج فيها والتفاعل معها.
- العمل على كسب ثقة أعضاء الجماعة، عن طريق ممارسته للعلاقات بأسلوب إنساني اجتماعي.
- التعرُّف على الاحتياجات الحقيقية للجماعة، وتحديد أولوياتها بناء على أهميتها بالنسبة لظروف واحتياجات أعضاء الجماعة.

- التخطيط العلمي السليم للخدمات، مع ضرورة إشراك أعضاء الجماعة في التخطيط.
- تدريب المعاقين في مجال الخدمات، وخلق قيادات وتدريبها.
- يُعتبر الأخصائي الاجتماعي حلقة اتصال بين الفريق الطبي والمعوقين بنقل إليهم تعليمات الفريق وإرشاداته بأسلوب يتفق مع فهمهم وإدراكهم، كما يرفع إلى أعضاء الفريق الطبي مدى استجابات وإفادة المعوقين بهذه الإرشادات، أو ينقل إليهم أية شكوى تستجد في ظروف وأحوال المعوق النفسية أو الصحية.
- يُقدّم الأخصائي الاجتماعي للفريق الطبي، ولإدارة المؤسسة، التقارير والإحصاءات التي توضّح أهمية الخدمات المقدمة للجماعة، وأثرها على استقرار أحوالهم الاجتماعية، والنفسية، والعلاجية، والتأهيلية.
- يعمل الأخصائي الاجتماعي على امتداد نطاق الخدمات لأسرة المعوق إذا سمحت إمكانيات المؤسسة بذلك.
- يوجه الأخصائي الاجتماعي المعوق لمصادر الخدمات في المجتمع المحلي، للاستفادة منها في حالة الاحتياج إليها.
- يقوم الأخصائي الاجتماعي بمتابعة وتقويم الخدمات لتحسينها، أو تعديلها أو إلغائها في حالة عدم صلاحيتها ومناسبتها لظروف وأحوال المعوقين.

ومن المهام الرئيسة التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي التأهيلي ما يلي:

- يساهم بعمله مع جماعات المعوقين بدور أساسي في تنشئتهم التنشئة الصالحة.
- تدريب المعوقين أنفسهم على ممارسة التخطيط للخدمات التي يحتاجون إليها.
- تنظيم العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة بحيث يشعر كل معوق أنه فرد في هذه الجماعة.
- تدريب المعوقين على فهم قوانين المؤسسة.
- تبصير المعوقين بحقوقهم التي سنتها التشريعات القانونية لصالحهم.

ثالثاً: مع المجتمع بشكل عام

إن طريقة تنظيم المجتمع تلعب دوراً في خدمة وتأهيل المعوقين من حيث تنوير الرأي العام بأسباب الإعاقة وكيفية علاجها وطرق الوقاية منها واستثمار وسائل الإعلام وتوظيفها.

والمنظم الاجتماعي العامل في مؤسسات التأهيل يتدخل للتأثير على القرارات المتعلقة بالخدمات الاجتماعية التي تؤدي للمعوقين وذلك على النحو الآتي:

- تصنيف الخدمات، ووضع الأولويات لهذه التصنيفات، مثل الصحة، الترويح، النفسية .... الخ.
- لا يُتخذ القرار بإعطاء الأولوية لتصنيف معين من الخدمات إلا على أساس مقاييس موضوعية، مثل الضرورة الملحة، الفاعلية، أو بالاستناد إلى مقاييس رياضية.
- يجب اشتراك لجان البحث في دراسة الأسس التي استندت إليها قرارات إعطاء الأولوية لتصنيف معين من الخدمات وذلك لأن القرارات النهائية للأولويات يجب أن تتخذ بواسطة المجتمع.

خدمات لتسهيل الدمج الاجتماعي والاقتصادي للمعوقين

قد يعاني المعوق من إعاقتين الأولى كونه معوقاً والثانية الإعاقة الناجمة عن ضغوط البيئة التي يعيش فيها فإذا قمنا بمساعدته في تسهيل الصعوبات التي يواجهها في معايشة البيئة فإن ذلك يسهل عليه التحرك للاستفادة من الخدمات المتوفرة في المجتمع وبالتالي اندماجه الاجتماعي والاقتصادي في أنشطة الحياة اليومية.

ومن الخدمات التي يجب أن تقدم لتأهيل وتسهيل عملية اندماج المعوقين اجتماعياً ومهنياً:

1. الخدمات الوقائية: وهي أية خدمات تحول دون وقوع الإعاقة أو تخفف من احتمال وقوعها أو تخفف من آثارها عند وقوعها.

2. خدمات التعليم: وهي أي خدمات تؤدي إلى توفير التعليم للمعوقين إما في مدارس خاصة أو صفوف خاصة بالمعوقين في مدارس عامة وذلك حسب ترتيبات خاصة بالمعوقين تعتمد على نوع ودرجة الإعاقة.

3. خدمات التأهيل والتدريب المهني: وتعني تقديم الخدمات التأهيلية والتدريبية إما في مراكز خاصة بالمعاقين أو في مراكز عامة أو مشاغل أو مصانع أو تعاونيات تمهيداً لتشغيلهم.

4. خدمات التشغيل والمتابعة: التشغيل هو المحصلة النهائية للخدمات التأهيلية والتدريبية والتعليمية للمعوق لتحقيق ذاته وكسب دخل يحقق له استقلالية ويساعده على الاندماج في المجتمع كذلك متابعة المعوقين بعد تشغيلهم.

5. خدمات التثقيف والترويح: توفير المكتبات والوسائل الإعلامية ووسائل التسلية والترفيهية والنشاطات الرياضية من خلال إقامة أندية ومعارض يشترك فيها المعوقون.

6. خدمات توفير الأجهزة أو الوسائل والمعينات والمعدات الخاصة للمعوقين: وذلك حسب نوع ودرجة إعاقتهم.

7. تسهيلات وإعفاءات: يجب تسهيل الأمور التي يحتاجها المعوق سواء أكانت رسوماً مادية أو غيرها مثل التسهيل في رسوم الجمارك الخاصة بالمعوقين أو الأجهزة والمعدات وكذلك رسوم رخص المهن والرسوم الجامعية.

8. إزالة الحواجز البيئية لتسهيل اندماج المعوقين: وهي كل الحواجز أو المعوقات التي تعيق تحرك المعوقين في عدة مجالات الحياة اليومية وتتمثل في:

أ. الحواجز العمرانية: يجب إزالة جميع الحواجز العمرانية التي تمنع المعوقين جسدياً وبصرياً من التحرك والانتقال بسهولة ويسر ومن أمثلة الحواجز العمرانية:

- المواصلات: تساعد المواصلات المعوقين في التنقل من مكان إلى آخر وبالتالي الاندماج في المجتمع فيجب أن تصمم بحيث يسهل على المعوقين استعمالها، كما يجب تسهيل اقتنائهم لسيارات مصممة خصيصاً لهم.

ب. الحواجز الثقافية: وتتضمن إتاحة الفرصة لاستعادة المعوقين من الخدمات الثقافية الموجودة سواء أكانت في المدارس أو الجامعات أو في المراكز الثقافية المختلفة وذلك لتوسيع مداركهم الفكرية بالثقافة العامة.

ج. الحواجز في أماكن العمل: وهي العوائق التي تمنع المعوقين من دخول أماكن العمل في المؤسسات الحكومية أو المصانع أو الشركات في القطاع الخاص وكذلك العوائق التي تمنعهم من ممارسة عملهم.

هـ. الاتجاهات السلبية نحو المعوقين: إن الاتجاهات السلبية للمجتمع تجاه المعوقين غالباً ما تنتج عن نقص الخدمات وعدم فهم هؤلاء المعوقين. وهذه الاتجاهات السلبية كثيراً ما تمنع المعوقين من الاندماج ومشاركة المجتمع الذي يعيشون فيه في كثير من النواحي وذلك ناتج عن عدم فهم طبيعة الإعاقات والقدرات الفردية المتبقية لديهم مما يدفعهم إلى العزلة وعدم المبادرة حتى التفاعل الاجتماعي فلابد من كسر هذا الحاجز والتغلب عليه بالتفاعل مع هذا المعوق وإدماجه في المجتمع (المعايطة والقمش، 2007 :138- 145) .

مراجع الفصل الخامس

المراجع العربية

- القرآن الكريم.
- الخطيب، جمال، (1992)، تعديل سلوك الأطفال المعوقين، الأردن، إشراق للنشر والتوزيع.
- دافيدوف، ليندال، (1988)، مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب وآخرون، مصر: الدار الدولية للنشر.
- داود، عزيز. (2006)، الإعاقة من التأهيل إلى الدمج، الطبعة الأولى، الأردن، دار الطريق.
- رمضان، السيد، (1995)، إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الفئات الخاصة، مصر، دار المعرفة الجامعية.
- الزارع، نايف، (2010)، تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن، دار الفكر.
- الزعمط، يوسف. (2009)، التأهيل المهني للمعوقين، الأردن، دار الفكر.
- شرف، إسماعيل. (1982)، تأهيل المعوقين، مصر، المكتب الجامعي الحديث.
- المعايطة، خليل والقمش، مصطفى، (2007)، أساسيات التأهيل المهني لذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن، دار الطريق.
- المغلوث، فهد حمد، (1997)، تقويم البرامج والمشروعات الاجتماعية، الطبعة الأولى، السعودية، مطابع التقنية.
- يحيى، خولة، (2009)، إرشاد أسر ذوي الاحتياجات الخاصة، الأردن، دار الفكر.

تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

مقدمة

مفهوم تدريب المعلمين أثناء الخدمة

أهمية ومبررات تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

أهداف تنمية معلم التربية الخاصة أثناء الخدمة

العوامل التي ساهمت في زيادة الاهتمام بتدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

الأسس التي يقوم عليها تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

محتوى برامج تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

أساليب تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

تقويم برامج تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

الاتجاهات والأساليب الحديثة في مجال تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

دراسات ذات علاقة بالاحتياجات التدريبية اللازمة لمعلمي الأطفال المعوقين عقلياً

مراجع الفصل السادس

تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

مقدمة

تشير إستراتيجية تطوير التربية العربيّة إلى أن التطوير المنشود في الأمّة العربيّة، لا يتم إلا بالاعتماد على المعلمين، باعتبارهم عنصراً أساسياً من عناصر هذا التطوير؛ ولما لهذا العنصر من أهميّة، فإن هناك كثيراً من الاعتبارات التي تبرّر الدعوة إلى مراجعة برامج تدريب المعلمين بشكل عام ومعلمي الأطفال المعوقين عقلياً بشكل خاص أثناء الخدمة، ومن هذه الاعتبارات:

- النقص في الظروف والإمكانيات المتاحة لإعداد المعلمين قبل الخدمة لتمكينهم من أداء مهمّتهم.
- تجويد نوعيّة التعليم واستيعاب الاتجاهات الحديثة فيه.
- الالتزام بمبدأ التربية المستدامة، وظهوره كاستجابة لحقيقة التغيّر الذي يفرض على المعلمين أن يكونوا رواداً فيه.
- تطوير الأنظمة التربويّة يتطلب إحداث تغييرات جوهريّة في مهمّات المعلمين وفي كيفيّة أدائها (القمش، 2004).

ويُشير برونر (Bruner) إلى أهميّة دور المعلم في العمليّة التعليميّة التعلميّة باعتباره أحد المتغيّرات الهامّة في تحقيق الأهداف التربويّة، ويرى برونر أن سلوكيات المعلم تتخذ ثلاثة أشكال رئيسة:

- **الشكل الأوّل**: يعتبر فيه المعلم موصلاً للمعرفة، وفي هذا الشكل يجب على المعلم أن يكون ملمّاً بالمادة الدراسيّة ومتقناً لأساليب تدريسها.

- الشكل الثاني: يعتبر المعلم نموذجاً (Model)، وفيه يجب على المعلم أن يكون ذا كفاية عالية وشخصيّة قادرة على حفز الطلاب وإثارة تفكيرهم.
- الشكل الثالث: يعتبر المعلم رمزاً (Symbol) مؤثراً في تشكيل اتجاهات الطلاب وميولهم وقيمهم.

فالمعلم إذن، رمز ونموذج وموصل للمعرفة، وقد يقوم بجميع هذه الأشكال السلوكيّة في موقف تعليمي واحد. وأيّاً كان هذا الشكل من السلوك، فلا بدّ من تدريب المعلم على القيام به بكفاءة لما له من أثر في نوعيّة المخرجات التربويّة (Dunne and Wragg, 1996).

إن دور المعلم المتجدّد باستمرار، بالإضافة إلى أسباب أخرى عديدة تجعل تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة على جانب كبير من الأهميّة.

مفهوم تدريب المعلمين أثناء الخدمة

هناك عدد من التعريفات لتدريب المعلمين أثناء الخدمة سوف يتم استعراض أهمّها:

المفهوم التقليدي للتدريب أثناء الخدمة، يتصل بأي نوع من التدريب يمكن أن يتلقاه المعلمون أثناء انهماكهم في واجباتهم المهنيّة. ومن أمثلة ذلك دورات المراسلة، والأعمال التي تقوم بها الهادات أو جمعيات المعلمين، والمعلومات التي تصل عن طريق الدوريّات والصحف وبرامج الراديو والتلفزيون... الخ (شوق و سعيد، 2001).

لقد أصبح من الواضح أن هذا النوع التقليدي لتدريب المعلمين أثناء الخدمة، لم يعدّ كافياً لمواجهة المتطلبات المتزايدة للنظم التربويّة الآخذة بالتوسّع السريع، وهذا يتطلب أن يتلقى المعلمون شكلاً من التدريب أو على الأقل أن يعطوا توجيهات ونصائح حول كيفيّة إدارة الصف وإقرار أو اتباع حلول عديدة لتأهيل مجموعة كبيرة من المعلمين غير المؤهلين الذين عيّنوا اضطراراً في كثير من الأحيان.

لقد عرّف كل من كاتز و راثز Katz and Raths (1985) برنامج التدريب أثناء الخدمة بأنه مجموعة من الظواهر يقصد بها مساعدة المرشحين في تحصيل المعرفة والمهارات والاتجاهات والنماذج الخاصة بمهنة التدريس.

أمّا "مورانت" (1982) Morant فقد عرّف هذا البرنامج بأنه أوسع من التدريب بمعناه القريب، ويطلق عليه لفظ التعليم، وهو يتعلق بالنمو المهني الأكاديمي والشخصي للمعلم من خلال تقديم سلسلة من الخبرات والنشاطات الدراسية التي يكون فيها التدريب بمعناه القريب مجرّد جانب واحد منها، ويبدأ هذا التعليم بمجرّد انتقال المعلم من مرحلة الإعداد الأولي في مؤسسات الإعداد ودخوله إلى مهنة التدريس، ويستمر حتى ينتهي بالتقاعد أو الموت.

ولقد عرّف "هاندرسون" (Handerson) برنامج تنمية المعلم بأنه يشتمل على أي شيء قد يحدث للمعلم من أول يوم يلتحق فيه بالمهنة إلى اليوم الذي يتقاعد فيه عنها، بحيث تساهم هذه الأشياء وبصورة مباشرة أو غير مباشرة في الطريقة التي يؤدي بها واجباته المهنيّة، ويتضمّن هذا علاقة وطيدة بين التعلم والفعل ممّا يسهل معه قياس نتائجه.

كما يعرّف بأنه كل برنامج منظم ومخطّط يمكّن المعلمين من النمو في المهنة التعليميّة بالحصول على مزيد من الخبرات الثقافيّة والمسلكيّة، وكل ما من شأنه أن يرفع من مستوى عمليّة التعليم والتعلم ويزيد من طاقات المعلمين الإنتاجيّة. ولا بدّ لهذا التدريب من خطّة مسبقة وأن يتم في إطار جماعي تعاوني وبموجب فلسفة واضحة وإستراتيجية مستنيرة وأهداف محدّدة (شوق و سعيد، 2001).

ويقدّم عبد القادر يوسف تعريفاً آخر للتدريب أثناء الخدمة فيقول: يُراد بالتدريب أثناء الخدمة كل برنامج منظم يمكّن المعلمين من النمو في المهنة التعليميّة بالحصول على مزيد من الخبرات الثقافيّة والمسلكيّة، وكل ما من شأنه أن يرفع من مستوى عمليّة التدريب وفقاً لخطّة مسبقة تتم في إطار جماعي وتعاوني، وبموجب فلسفة واضحة وإستراتيجية مستنيرة وأهداف محدّدة (يوسف، 1987).

امّا مفاهيم التدريب الشائعة عند فيليب جاكسون، عن التدريب أثناء الخدمة فهي كما يلي:

أ. المفهوم العلاجي: ويعني أن التدريب أثناء الخدمة مصمّم لتصحيح أخطاء برنامج الإعداد الأصلي، وعلاج تلك الأخطاء، ويقوم هذا التعريف على أن المعلم

بحاجة دائماً إلى الصقل وإعادة التكوين والاطلاع على الجديد في مجال تخصصه وطرق تدريسه، ومن ثمّ إمكانيّة التكيّف مع المستحدثات الجديدة.

ب. المفهوم السلوكي: ويركّز هذا المفهوم على ما يدور في الصف الدراسي من تفاعل وما يحدث فيه من سلوكيّات، كما يركّز على المهارات التدريسيّة (Teaching Skills)، ولذلك لا بدّ أن يدرب المعلم على كيفيّة تحليل الموقف التعليمي وعلى تفسير ما يلاحظه من سلوكيّات بينه وبين تلاميذه.

ج. مفهوم النمو: حيث ينظر إلى التدريب أثناء الخدمة على أنه بمثابة نمو مهني للمعلم، ويرفض هذا المفهوم فكرة ضبط الصف بعناصر الموقف التعليمي، ويهدف إلى زيادة الدافعيّة نحو النمو الذاتي، ويستند في ذلك إلى كون عمليّة التدريس عمليّة معقدة ومتعدّدة الجوانب (القمش، 2004).

ويمكن القول بأن جميع التعريفات السابقة تتفق في أن الهدف في التدريب أثناء الخدمة هو التنمية المهنيّة والنهوض بالكفايات التدريسيّة، وهذا الهدف يمكن أن يتحقق من خلال أنشطة عديدة ومتنوّعة مثل، البرامج التعليميّة الموجزة، المقرّرات التدريبيّة وورش العمل، لقاءات واجتماعات هيئة العاملين، واللجان، والزيارات وعرض الدروس وغير ذلك من أساليب التدريب أثناء الخدمة.

ويتحدّد المعنى العام لمفهوم تدريب المعلم أثناء الخدمة، الذي يتبناه المؤلف استخلاصاً مّما سبق في التعريف التالي:

يقصد ببرنامج تدريب المعلم أثناء الخدمة انه مجموعة من الخبرات والمهارات التي تنطلق من برامج إعداده، وتهدف إلى تنمية الكفايات التعليميّة التربويّة للمعلمين الموجودة فعلاً في المهنة، ورفع طاقاتهم الإنتاجيّة الحاليّة إلى حدّها الأقصى وتأهيلهم لمواجهة ما يستحدث من تطوّرات تربويّة وعلميّة في مجالات تخصّصاتهم وذلك من خلال التخطيط العلمي، والتنفيذ الكفؤ والتقويم المستمر.

ويمكن تحليل هذا التعريف إلى عناصره على النحو التالي:

أ. انه يخصّ المعلمين الموجودين على رأس العمل، وانه لا يهدف للتحسين فقط ولكن إلى الوصول بالمعلم إلى الحدود القصوى لأدائه المهني.

أن عمليتي إعداد المعلم وتنميته أثناء الخدمة متصلتان وتستهدفان تحسين عمليّة التعلم وتطويرها من خلال تحسين نوعية المعلم. وهذه النظريّة تتفق مع مفاهيم ومطالب التربية المستمرة والتعليم مدى الحياة، التي أصبحت الأساس في التطور التربوي في الحاضر والمستقبل.

هناك فرق واضح بين التعلم الذاتي أثناء الخدمة كنشاط فردي يبذل من جانب المعلم وبرامج تنميته التي تقوم على التخطيط المسبق من قِبل السلطات التربويّة.

أنه يشتمل على المراحل الثلاث التي يمرّ بها برنامج تنمية المعلم الكفؤ، وهي التخطيط والتنفيذ والتقويم المستمر لكل مرحلة.

. أنه ينسحب على الأنشطة التدريبيّة المتنوّعة الشائعة كالدورات التدريبيّة ونشاطات المراسلة، والبرامج الجامعيّة طويلة المدى، والدروس التدريبيّة ليوم واحد، والورش والحلقات الدراسيّة التي تعدّها الجهات المسؤولة عن هذه البرامج، وغيرها من الأنشطة التي تهدف إلى تنمية المعلم.

حيث إن التعريف يأخذ واقع المعلم في الاعتبار، فإن برنامج التدريب سوف يختلف من حيث أساليبه وأهدافه وحاجاته ومقوّماته، تبعاً لاختلاف واقع العمليّة التعليميّة من بلد إلى آخر ووفق مرحلة التطوّر التي وصل إليها هذا البلد، وتبعاً لطبيعة المشكلات التربويّة العامّة التي تواجهه، وغير ذلك من العوامل المؤثرة في العمليّة التعليميّة.

ـيّة ومبررات تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

هنالك العديد من الأسباب التي أشار إليها الأدب النظري والدراسات المختلفة أشارت إلى أهمية تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة والحاجة إليه ها:

لا يزال إعداد المعلمين قبل الخدمة دون المستوى المطلوب، فهو إعداد يغلب عليه الجانب النظري، بالإضافة إلى ان برامج الجانب العملي لا تغطي جميع المتطلبات الخاصّة بمهنة التعليم.

- اختلاف برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة حسب مستوى المؤسّسة التعليميّة (جامعة، كليّة مجتمع، أو غيرهما)، يؤدي إلى اختلاف في كفايات الخريجين، ممّا يتطلب العمل على تدريبهم لتقريب مستويات هذه الكفايات.
- الانفجاران المعرفي والسكاني اكّدا على أهميّة تغيير أسس العمليّة التربويّة ومفاهيمها وأساليبها، وهذا يتطلب إعادة النظر في تأهيل المعلم بما يتناسب مع هذه التغيّرات.
- تطبيق إلزاميّة التعليم أدّى إلى وجود مستويات مختلفة من الطلاب (بالإضافة إلى عوامل أخرى)، الأمر الذي يستدعي تدريب المعلمين على التعامل مع هذه المستويات المختلفة ومراعاة الفروق الفرديّة بينها.
- المناهج الحديثة، والتي جاءت تحقيقاً لأفكار وتوصيات مؤتمر التطوير التربوي المنعقد عام (1987)، والتي أكّدت على تفريد التعليم، وتوظيف المعرفة في الحياة، تتطلب تغيراً في كفايات المعلمين بحيث تتلاءم مع التغيّرات التي حصلت في هذه المناهج (جرادات، 1992).

ونظراً لما لتدريب المعلمين أثناء الخدمة من أهميّة، فقد بذلت الجهود على مستوى الدول النامية والمتقدمة من اجل العمل على رفع مستويات برامج التدريب للمعلمين بشكل عام ولمعلمي الأفراد غير العاديين بشكل خاص ومن ضمنهم معلمو الأطفال المعوقين عقلياً، حيث إن افتقار عدد لا بأس به من معلمي التربية الخاصّة في الأردن إلى المهارات والقدرات اللازمة لتعليم الأطفال المعوّقين، والناجم عن عدم حصولهم على التدريب اللازم قبل الخدمة، قد حدا بالمؤسّسات والجمعيّات المهنيّة ذات العلاقة إلى اللجوء إلى التدريب أثناء الخدمة لتصويب هذا الوضع ورفع سويّة الممارسات التربويّة في هذا الميدان (الحديدي، 1990).

وعلى الرغم من بعض الجهود المتواضعة التي بذلت لتدريب معلمي التربية الخاصّة بشكل عام أثناء الخدمة بين الفينة والأخرى، إلا أن هذه الجهود كثيراً ما كانت تصاب بنكسة لعدم تضمينها كفاية المعلمين من جهة ولافتقارها إلى الأسس العلميّة والحاجات الحقيقيّة للمعلمين من جهة اخرى. ولعل ما يؤكّد حاجة معلمي

التربية الخاصة إلى التدريب أثناء الخدمة تلك الدراسة التي أجرتها (الحديدي، 1990) والتي حاولت فيها التعرّف إلى حاجة معلمي التربية الخاصة في الأردن إلى برامج التدريب أثناء الخدمة، حيث أظهرت نتائج الدراسة الحاجة الماسّة لمعلمي التربية الخاصة لمثل هذه البرامج. كما أن الدراسة التي قام بها صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني عام (1984) هي الدراسة الوحيدة التي أشارت إلى الدورات التدريبيّة التي يلتحق بها معلمو التربية الخاصّة في الأردن، إلا أنه لم تتوفّر دراسات – حسب علم الباحث – حاولت إعداد برنامج تدريبي أثناء الخدمة لرفع كفاءة معلمي الأطفال المعوقين عقلياً وتقييم فعاليته.

لذلك تمّ في هذا الفصل من الكتاب الأخذ بعين الاعتبار حاجات المعلمين، حيث إن من أكثر المسلمات قبولاً في الأوساط التدريبيّة المقولة التي تقرّ بأن التدريب يجب أن يصمّم لمواجهة الاحتياجات باعتبار أنها تمثل المدخلات الأساسيّة للنظام التربوي والتي يشكّل تحديدها وحصرها محور الارتكاز لبناء البرامج التدريبيّة المصمّمة لتلبية هذه الاحتياجات.

ويؤكّد هويت (Howett) أهميّة الأخذ بحاجات المعلمين عند إعداد أي برنامج تدريبي لهم مؤكّداً على أن برامج التدريب لا تؤتي ثمارها إلا إذا كانت مبنيّة على الحاجات الملحّة للمعلمين(القمش والسعايدة، 2008: 142).

وأكّد فوستر (Foster) أن المعلم لا يمكن أن يتفاعل مع برامج التدريب إلا إذا ارتبطت هذه البرامج بحاجاته وأجابت عن تساؤلاته. ونادى فيليب جاكسون (Philip Jokson) بأن التدريب ينبغي أن يرتبط بذاتيّة المتدربين (عبد المقصود، 1990).

فلا بدّ أن يكون التدريب على شكل سلسلة من الأشكال التي تتناسب وحاجات المعلمين الحقيقيّة، ضمن فئاتهم المختلفة. حيث يحتاج معلمو الأطفال المعوقين عقلياً كغيرهم من العاملين إلى مَن يمدّ لهم يد العون والمساعدة في الكشف عن حاجاتهم التدريبيّة وتشخيصها والعمل على تلبيتها ولا شك أن للباحث الجيّد الدور الفاعل في ذلك.

هذا وقد اصبح يُنظر إلى عمليّة تدريب المعلمين أثناء الخدمة على أنها اصبحت تمثل احد جناحي تربية المعلم، أو بعبارة أخرى يُنظر إلى تدريب المعلم على أنه عمليّة ذات وجهين وجه يتعلق بالإعداد قبل الخدمة (Pre-Service Training)، وآخر يتعلق بالتدريب أثناء الخدمة (In-Service Training)، بل ويمكن القول أن تدريب المعلم أثناء الخدمة أهمّ بكثير من إعداده للعمل قبلها (شوق و سعيد، 2001).

إن برامج التدريب أثناء الخدمة كانت ولا تزال عنصراً هامّاً في إعداد المعلمين بشكل عام ومعلمي الأطفال المعوّقين بشكل خاص، ولقد أدرك عدد من دول العالم أهميّة الدور الذي تلعبه برامج التدريب أثناء الخدمة في تحسين الخدمات التربويّة المقدّمة للأطفال المعوّقين فجعلته عنصراً أساسيّاً في إعداد وتدريب المعلمين في ميدان التربية الخاصّة، ففي الولايات المتحدة الأمريكيّة مثلاً تلزم التشريعات المتعلقة بالمعوّقين هناك (P. L., 94-142) كل ولاية بالعمل على وضع خطة منظمة وشاملة لتدريب جميع المعلمين العاملين مع الأطفال المعوّقين سواء كان ذلك في مدارس التربية الخاصّة أو في المدارس العاديّة (الحديدي، 1990).

وممّا يبرّر ويعزّز الأهميّة التي يحظى بها التدريب أثناء الخدمة للمعلمين بشكل عام ما يلي:

أ. وجود شكوى عامّة عن المستويات المتدنيّة للمعلمين في كثير من النظم التعليميّة وخاصّة في البلدان النامية، إضافةً إلى وجود اتفاق بين القائمين على تربية المعلمين على أن الطرق التقليديّة في إعداد المعلمين قد أصبحت عديمة الجدوى، ومن ثمّ يجب الاهتمام أكثر فأكثر بتدريب المعلمين أثناء الخدمة، حتى يمكن أن يكتسب المعلم كل الكفايات التي تعتبر عصب الحياة التربويّة التي تجري يوميّاً في الفصل الدراسي (سعادة، 1986).

ب. هناك افتراض ضمني مؤداه أن مواصلة تعليم المعلمين وتدريبهم يحفّهم على الاهتمام لبلوغ أعلى مستويات الأداء المهني.

ج. تأتي برامج التدريب أثناء الخدمة بعد أن يكون المعلم قد عايش وواجه المشكلات الميدانية الواقعية بشكل مباشر، لذلك فإن بؤرة الاهتمام الآن تنتقل من الإعداد قبل الخدمة إلى الإعداد أثنائها.

د. لا تحدث تحسينات ذات دلالة في مجال التعليم دون بذل الجهد لإرساء برامج موسّعة لتدريب المعلمين أثناء الخدمة في المدارس الابتدائيّة والثانويّة وكليّات التربية قاطبة. فحتى لو كانت هيئة التدريس مؤهلة تأهيلاً عالياً وعلى درجة عالية من الكفاءة الشخصيّة فإن هذه الكفاءة تتضاءل بمرور الزمن ما لم يتعلم صاحبها المزيد من المستحدثات في مجال عمله، إذ إن الظروف دائماً تتغيّر وقد يأتي على هذه الكفاءة وقت وتصبح قليلة الجدوى (Harris, 1990).

أمّا عن مبرّرات برامج التدريب أثناء الخدمة لمعلمي التربية الخاصّة تحديداً ومن ضمنهم معلمو الأطفال المعوقين عقلياً، فيُشير براودر (Browder, 1983) إلى العوامل الثلاثة الأساسيّة التالية:

أ. إن حركة الاهتمام بدمج الأطفال المعوّقين في المدارس العاديّة قد خلقت تفاوتاً كبيراً بين الأدوار التي كانت مُلقاة على عاتق المعلمين في الماضي والأدوار التي أصبحت ملقاة على عاتقهم الآن. فعلى سبيل المثال، إن المعلمين الذين لم يكونوا بحاجة إلى معرفة خصائص الطفل المعوّق وأساليب تدريسه أصبحوا بحاجة إلى ذلك بسبب دمج المعوّقين في المدارس العاديّة. ولقد أوجدت هذه الحركة واقعاً جديداً فرض إعادة النظر في العلاقة بين المعلم العادي ومعلم التربية الخاصّة، وأبرزت الحاجة إلى تدريس وإعادة تدريب المعلمين للعمل على تهيئة بدائل تربويّة متنوّعة للأطفال المعوّقين.

ب. إن حركة الاهتمام بما يسمّى بالمنحى غير التصنيفي في التربية الخاصّة (العمل على تربية الأطفال ذوي الإعاقات المختلفة كالمتخلفين عقليّاً وذوي صعوبات التعلم والمضطربين سلوكيّاً) هي الأخرى قد أوجدت واقعاً جديداً يتطلب إعادة تدريب معلمي التربية الخاصّة وبخاصّة من خلال تنفيذ برامج التدريب أثناء

الخدمة: فالمعلم الذي تمّ تدريبه قبل الخدمة على التعامل مع فئة محدّدة من المعوّقين أصبح يجد نفسه مؤخّراً مرغماً على التعامل مع فئات متنوّعة ومختلفة.

ح. وأخيراً فإن من العوامل الأخرى المهمّة الاهتمام المتزايد بتربية الأطفال ذوي الإعاقات الشديدة والمتعدّدة. ولمّا كانت حاجات هذه الفئة من الأطفال متنوّعة وكبيرة، كان لا بدّ من إعداد المعلمين إعداداً خاصاً ليستطيع هؤلاء تلبية هذه الحاجات، وقد تطلب هذا الواقع تصميم وتنفيذ برامج التدريب أثناء الخدمة (القمش، 2004).

أهداف تنمية معلّم التربية الخاصة أثناء الخدمة

إن عمليّة تدريب المعلمين أثناء الخدمة سواء المعلمين العاديين أو معلمي التربية الخاصّة، ومن ضمنهم معلمو الأطفال المعوّقين عقليّاً تؤدي عدداً من الأهداف التي تضفي عليها أهميّة كبيرة، وتتمثل هذه الأهداف بما يلي:

1. علاج أوجه النقص أو القصور في برامج إعداد المعلمين.
2. اطّلاع المعلمين على الجديد والمستحدث في مجال طرق وتقنيات التدريس أو محتوى المنهج، وهذا يؤكّد على الجانب التجديدي كما يؤكّد الطبيعة الاستمراريّة للتدريب.
3. رفع الكفاية الإنتاجيّة للمعلمين عن طريق زيادة كفاياتهم الفنّية وصقل مهاراتهم التدريسيّة.
4. مساعدة المعلمين الجدد على التأقلم مع العمل المدرسي وفهم متطلبات العمل.
5. تحسين جو العمل داخل المؤسّسة التعليميّة عن طريق رفع الروح المعنويّة في المؤسّسة لإشاعة روح الفريق في العمل وإعطاء فرص النمو المهني للمعلمين (الأكرف، 1990).
6. تحقيق النمو المستمر للمعلمين لرفع مستوى أدائهم المهني، وتحسين اتجاهاتهم وصقل مهاراتهم التعليميّة، وزيادة معارفهم، وزيادة مقدرتهم على الإبداع والتجديد؛ ومن ثمّ الارتقاء بالمستوى العلمي والمهني والثقافي لهم بما يحقق

طموحهم واستقرارهم النفسي، ورضاهم المهني تجاه عملهم وإخلاصهم في أداء رسالتهم.

7. تعميق الأصول المهنيّة عن طريق زيادة فعاليّة المعلم ورفع كفايته الإنتاجيّة إلى حدّها الأقصى، وتصحيح عيوب البرنامج الذي تلقاه قبل انخراطه في العمل.

8. تجديد معلومات المعلمين وتنميتها وإيقافهم على التطوّرات الحديثة في تقنيات التعليم، وطرق التدريس والمحتوى الدراسي وغير ذلك من مكوّنات المنهج الدراسي.

9. إتاحة الفرصة لإقامة حوار بين معلمي المعلمين الذين أشرفوا على إعدادهم والمعلمين في الميدان، أي إقامة حوار بين النظريّة والتطبيق (القمش والسعايدة، 2008: 146).

10. الاطلاع على أحدث النظريّات التربويّة والنفسيّة، والطرق الفعّالة، وتقنيات التعليم الحديثة، واستخدام الأساليب الجديدة مثل التعليم المبرمج والتعليم المصغّر، والتعليم الذاتي، وأسلوب حل المشكلات.

11. تلافي أوجه النقص والقصور في إعداد المعلمين قبل التحاقهم بالخدمة وإعطاء نوع من التعزيز لمؤسسات الإعداد عن نوعيّة وكفاءة المعلمين المتخرّجين منها حتى يتسنى لها مراجعة خطط وبرامج الإعداد على أساس إجرائي اختباري أساسه دراسة الأداء الواقعي للخريجين (شوق و سعيد، 2001).

وحتى يحقق التدريب أثناء الخدمة الأهداف المترخاة منه فلا بدّ من اعتماد الأساليب العلميّة الموضوعيّة في تخطيطه وتنفيذه وتقييمه، وللأسف فإن برامج التدريب أثناء الخدمة كثيراً ما يتم تنفيذها بطريقة عشوائيّة وغير منظمة. فلقد أشارت دراسات عديدة إلى ان هذا التدريب لا يعمل دائماً على تلبية حاجات المعلمين أو المؤسّسات التي يعملون فيها، فالمعلمون احياناً قد يرغمون على المشاركة في برامج التدريب وهذا بالطبع سيحد إلى درجة كبيرة من فاعليّة التدريب.

وفي هذا الصدد يؤكّد كوبر و هنت (Cooper & Hunt) أن إحدى المشكلات الرئيسيّة التي تعاني منها برامج التدريب أثناء الخدمة هي أن المعلمين الذين تقدّم لهم هذه البرامج نادراً ما يتم تقييم حاجاتهم (الحديدي، 1990).

لذلك يرى المؤلف ضرورة مراعاة تلك المشكلة والتعامل معها من خلال اتباع الباحثين لأسلوب الملاحظة المباشرة لتقيم الأساليب التدريسيّة التي لا يتقنها معلمي الأطفال المعوقين عقلياً، وبناءً عليه يتمّ إعداد البرنامج التدريبي المناسب. وممّا يجدر ذكره فإن إتباع أسلوب الملاحظة المنظمة يحقق عدداً من الأهداف أهمّها:

- التغلب على أوجه النقص في أدوات البحث الأخرى، كالاستبيانات والمقابلة الشخصيّة.
- التغلب على أوجه القصور في الطرق المعتادة في التقويم.
- زيادة الاهتمام بدراسة التفاعلات التي تجري داخل الصف بين الطلاب بعضهم البعض وبين الطلاب والمعلم (Everston, 1986).

العوامل التي ساهمت في زيادة الاهتمام بتدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

لقد تزايد الاهتمام ببرامج التدريب أثناء الخدمة لمعلمي التربية الخاصّة ومن ضمنهم معلمي الأطفال المعوقين عقلياً مؤخّراً، وذلك نتيجةً لعوامل مختلفة منها:

1. تعدّد الإعاقات التي أصبح المعلمون يجدون أنفسهم مرغمين على التعامل معها.
2. تنوّع الأدوار والوظائف التي بات على المعلمين القيام بها.
3. التغيّرات المستمرّة التي تطرأ على تكنولوجيا التعليم.
4. التفاوت الكبير بين الإعداد قبل الخدمة والممارسة الميدانيّة.
5. التركيز على أساليب التقويم الفردي وبرامج التعليم الفردي.
6. العمل من خلال فريق من ذوي التخصّصات المختلفة التربويّة والنفسيّة والطبيّة والمهنيّة والاجتماعيّة.

كما أن حاجات المعلمين إلى التدريب تختلف تبعاً لعوامل متعددة من أهمّها: نوع الإعاقة التي يعاني منها الأطفال. لذا، فإن تقييم حاجات المعلمين يشكّل أحد أهم الشروط الأساسيّة لنجاح التدريب وزيادة فاعليّته. ولقد طوّر عدد من النماذج لتحديد أولويّات التدريب أثناء الخدمة للمعلمين، ومن هذه النماذج نموذج كوفمان (Kauffman)، ونموذج هوبفنر وبرادلي ودوهيرتي (Hoepfner, Bradley & Doherty). ولقد عمل جيبل ريشيون وجلنج (Gable, Pecheone & Gillung) على توظيف هذين النموذجين في مجال التربية الخاصّة لتطوير نموذج تقييم الحاجات ذات الأولويّة في التربية الخاصّة (The Special Education Needs Assessment Model)، ويشتمل هذا النموذج على أربع مراحل أساسيّة هي:

أ. تحديد المهارات والقدرات اللازمة للعمل بفعاليّة في ميدان التربية الخاصّة.

ب. تحديد مدى التفاوت بين ما هو موجود لدى المعلمين من هذه المهارات والقدرات وما يعتقدون أنهم بحاجة إلى اكتسابه.

ج. تحديد مواضيع ومجالات التدريب ذات الأولويّة.

د. اتخاذ القرارات المناسبة بشأن طبيعة التدريب اللازم وسبل تنفيذه (الحديدي، 1990).

الأسس التي يقوم عليها تدريب معلّمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

تشير العديد من المراجع إلى ضرورة استناد البرامج التدريبيّة للمعلمين بشكل عام ومن ضمنهم معلّمو الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة على أسس معيّنة يمكن إيجازها كما يلي:

1. اعتماد إطار أو نموذج نظري للتدريب.
2. وضوح وتحديد أهداف برنامج التدريب.
3. اعتماد منهج التدريب متعدّد الوسائط.
4. المرونة وتعدّد الاختيارات في برنامج التدريب.
5. توجيه برنامج التدريب نحو الكفايات التعليميّة.

6. تحقيق البرنامج التدريبي للتوافق بين الأفكار النظرية.

7. استمرارية عملية التدريب.

8. مساعدة المعلمين على تحقيق ذواتهم.

وتضيف فلارو (Flaro) إلى ما سبق ضرورة إفادة التدريب من نتائج البحوث والدراسات العلمية والتربوية التي يمكن أن تقدم الأسس لبرامج أكثر فعالية (Flener, 1986).

محتوى برامج تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

أكد كل من جالتون ومون Galton and Moon (1984) على ضرورة أن ينصب محتوى برامج التدريب أثناء الخدمة على مواجهة المشاكل الفعلية الموجودة في الميدان، كمشكلة التعامل مع الأطفال المتعددي القدرات في الصف الواحد، والأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ومتعددي الثقافات. كما ويُشير كاتز (Katz) إلى ضرورة احتواء البرنامج التدريبي على الحقائق والمعلومات والمهارات والأفكار والأساليب والمناهج الأكاديمية والكفايات التي تهمّ المعلمين في عملهم التربوي. ويمكن القول بأن برامج التدريب يجب أن تتضمّن ما يلي:

1. مواد البروتوكول وهي المواد التربوية، النفسية، الأكاديمية، ذات العلاقة بأساليب التفكير والاستنباط.

2. مواد التدريب، وتتمثل في الاستراتيجيّات والأساليب الفنيّة وطرق التدريس المستحدثة.

3. نظام للاستفادة ممّا قدّم في البرنامج التدريبي من خلال ما يسمّى بنظام التدريب، فيقوم المعلم بتنظيم مواقف التعلم واستراتيجيّاته لإظهار مدى الاستفادة ممّا احتواه البرنامج أو الدورة (Katz, 1989).

أساليب تدريب معلّمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

تختلف أنماط وأساليب التدريب لمعلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة تبعاً للهدف منها فقد تكون:

أ. تأهيليّة، وذلك لتأهيل المعلمين غير المؤهلين تربوياً.
ب. تجديديّة، وذلك لتنشيط المعلمين القدامى وتجديد معلوماتهم ومهاراتهم سواء في مجالات التخصّص الأكاديمي أو المهني.

أو يمكن تصنيفها كالتالي:

أ. برامج لتلبية الاحتياجات المهنيّة الاستهلاليّة (Induction Needs): وتعقد للمعلمين في بداية انخراطهم في سلك مهنة التدريس، وتظهر أهميّتها في توفير حدّ أدنى من التوافق للمعلم الجديد.
ب. برامج لتلبية الاحتياجات المهنيّة الامتداديّة (Extension Needs): وتعقد للمعلمين في فترة مبكرة من الممارسة العمليّة، كما وأنها قد تعقد في فترة متوسطة من الممارسة العمليّة أيضاً خاصة عندما يبدأ المعلم في تدريس مادّة معيّنة أو التدريس لصف لم يعتاد عليه من قبل.
ج. برامج لتلبية الاحتياجات المهنيّة الإنعاشيّة (Refreshment Needs): وهذه البرامج تأتي لإنعاش اكتساب المهارات والخبرات البدائيّة المتكرّرة في نفس الوظيفة، ونفس المرحلة ومع أنماط متشابهة من التلاميذ، كما أنها تعقد في الفترة التي تسبق إعادة توزيع المعلمين على الصفوف داخليّاً، أو عند توزيعهم على مدارس أخرى غير التي كانوا يعملون بها.
د. برامج لتلبية الاحتياجات المهنيّة التحويليّة (Conversion Needs): وهذه البرامج تعقد في فترة توقع الحصول على ترقية أو في الفترة التي تسبق سن التقاعد (Morant, 1982).

تقويم برامج تدريب معلّمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

تعد عملية التقويم لبرامج تدريب المعلمين أثناء الخدمة من أهم المراحل حيث يجب أن تخضع البرامج التدريبيّة لسلسلة من الاختبارات القياسيّة للتأكّد من مدى نجاح هذه البرامج في تحقيق الأهداف المرجوة من وراء التدريس، وتسمّى هذه الاختبارات باختبارات الصدق وهي نوعان:

1. النوع الأول: يهتمّ بقياس نجاح البرنامج التدريبي في اكتساب المعرفة والمهارات والاتجاهات التي صمّم لتنميتها، وهذا ما يسمّى بالصدق الداخلي للبرنامج.
2. النوع الثاني: ويهتمّ بقياس نجاح البرنامج التدريبي في تحقيق الأهداف البعيدة مثل تحسين نوعيّة وكميّة ناتج العمليّة التعليميّة وخفض الأحداث العارضة وتحسين الاتصال والعلاقات الشخصيّة بين المعلمين والطلاب، وهذا ما يعرف بالصدق الخارجي للبرنامج (الأكرف، 1990).

ويمكن النظر إلى تقويم ومتابعة برامج التدريب أثناء الخدمة من حيث وقت ية التقويم إلى:

تقويم تحليلي (Analytic Evaluation): يجري عادة عند تخطيط وتطوير برنامج التطوير، كما هي الحال مع الاستطلاعات واختبارات ما قبل التدريس أو تقدير الحاجات التدريبيّة.

تقويم مرحلي بنائي (Formative Evaluation): ويتم خلال تنفيذ البرنامج مع المعلمين، ويهدف إلى التعرّف على كفاية التحصيل ومدى ملائمة ظروفه للمعلمين ثم توجيه عمليّات التدريب بما يلزم.

تقويم نهائي أو كلي (Final-Summative Evaluation): وهذا يجري عادة عند انتهاء برنامج التطوير، ويتخذ أساليب عمليّة أو كتابيّة أو شفويّة وذلك حسب طبيعة كل برنامج، ويهدف هذا النوع للتعرّف على درجة تحصيل المشتركين للأهداف التربويّة للبرنامج، أي تحصيلهم للمهارات أو الكفايات الجديدة المطلوبة.

تقويم ميداني (Field Evaluation): يقوم من خلاله المختصّون بمتابعة المعلمين في مواقع عملهم بالمدارس بعد فترة من انتهاء التدريب للتحقق من كفاية وصلاحيّة ما اكتسبوه من البرامج لدعم مسؤولياتهم الوظيفيّة (حمدان، 1988).

ولمعرفة وتقويم أثر البرامج التدريبيّة تتبع عدّة أساليب، إلا أنه يمكن قياس مدى ها من خلال جانبين هامّين:

الأول: الأحكام الصادرة من المعلمين أنفسهم.

الثاني: نتائج قياس أثر البرنامج على سلوك المتدربين (Mitzel, 1982).

الاتجاهات والأساليب الحديثة في مجال تدريب معلّمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة

لقد حاول المؤلف رصد بعض الممارسات والاتجاهات المعاصرة في مجال تدريب معلمي الأطفال المعوقين عقلياً أثناء الخدمة، وهذه الاتجاهات ليست مقصورة على معلمي فئة أو مرحلة دون أخرى، وإنما يمكن اتخاذها كأساس لأي برنامج تدريبي للمعلمين على أن تكون الأهداف والمحتوى مرتبطة ارتباطاً مباشراً مع نوعيّة المعلمين ونوعيّة المرحلة التي يعملون بها، وفيما يلي عرض لبعض هذه الاتجاهات المعاصرة:

أولاً: التدريب بإتباع أسلوب التفاعل بين الاستعداد ونوعيّة التدريب

يُعتبر أسلوب التفاعل بين الاستعداد ونوعيّة التدريب والذي يُرمز إليه اختصاراً ATI (Aptitude Treatment Interaction) أحد مجالات التربية وعلم النفس ذات الصلة الوثيقة بمجال تدريب المعلمين أثناء الخدمة. وفلسفة هذا النوع من التدريب تقوم على مراعاة الخصائص والسمات التي تميّز كل معلم عن غيره، وتأخذ بالاعتبار الفروق الفرديّة في الصفات الشخصيّة والاتجاهات والخبرات والاستعدادات، وتتعامل مع كل متدرِّب كوحدة مستقلة لها خصائصها المميّزة. لذا يُعتبر هذا الأسلوب خاصّة من أساليب تدريب المعلمين القائمة على التعليم المفرد، والذي يهدف إلى تشجيع التعليم الابتكاري والإبداعي لدى المشاركين، ويتصف هذا الأسلوب بالمزايا التالية: (الأحمد، 1993)

1. مراعاة الفروقات الفرديّة وحاجات المتدربين.
2. تنوّع الخبرات بتعدّد الوسائل والمواد التي تزيد من فرص المتدرِّب في اكتسابه مهارات وكفايات مختلفة.
3. تمشي البرنامج مع السرعة الذاتيّة للمتدرِّب نحو تحقيق الأهداف.

4. احتواء البرنامج على مصادر وانشطة إضافيّة ممّا يشجع المتدرّب على البحث والتنقيب في المصادر التعليميّة الأخرى.

ويتطلب التطبيق السليم لهذا الأسلوب الاتفاق مع:

أ. السمات الشخصيّة للمعلم المستهدف بالتدريب.

ب. مواقف التدريب التي يتدرّب عليها المعلم.

ج. نوعيّة التدريب المتبع.

ثانياً: التدريب بإتباع اسلوب المنحى المتعدّد الوسائط

يتميّز هذا الأسلوب عن غيره من الأساليب بأنه يسمح بعدم إحضار المتدرّب من مركز عمله إلى قاعات التدريب، فهو بذلك يستهدف تدريب المعلمين سواء في مراكز التدريب او في أماكن عملهم وبيوتهم بوسائل تدريبيّة متعدّدة، فهو يستخدم مزيجاً من طرق وفنون التدريب المباشرة وغير المباشرة، كالحلقات الدراسيّة والزيارات الصفيّة والبحوث الإجرائيّة والدراسات الذاتيّة التي ترسل إلى المتدرّبين على شكل تعيينات دراسيّة (الأحمد، 1993). كما يستخدم هذا الأسلوب أوراق العمل والمختارات المختلفة من كتب مرجعيّة، وتستخدم فيه الأدوات السمعيّة والبصريّة وأفلام الفيديو وبرامج التلفزيون بنظام الدوائر المغلقة.

ويتطلب هذا الأسلوب ضماناً لنجاحه الأمور التالية:

1. تحديد أهداف البرنامج التدريبي والطرق المتبعة لتحقيقها.

2. توظيف جميع الموارد البشريّة التي يمكن توظيفها لخدمة تلك الأهداف بأقصى كفاية وأقل تكلفة ممكنة.

3. الاهتمام الجدي بالعلاقات بين الجهود المبذولة في تخطيط هذه الدورات وتنفيذها وتقويم نتائجها وبين انعكاسات هذه الجهود على تحسين التعلم من جهة أخرى (السادة، 1987).

أمّا مزايا أسلوب المنحى المتعدّد الوسائل فهي كما يلي:

1. يعدّ هذا الأسلوب بمثابة وسيلة فعّالة لتحقيق التربية المستمرة للمعلمين.

2. لا يتطلب إحضار المعلمين والمربّين من أعمالهم لأنه يصل إليهم ولا يعيق عملهم التربوي بل يساعدهم على أدائه بشكل عملي وبكفاية اعلى.
3. توجّه البرامج التدريبيّة القائمة على هذا الأسلوب توجيهاً وظيفياً بمعنى أن هناك تركيزاً في تخطيط البرامج وتنفيذها.
4. لا يتأثر هذا الأسلوب بمشكلة البعد المكاني جغرافياً وزمنياً (الأكرف، 1990).

ثالثاً، تدريب المعلمين باستخدام المشغل التربوي

يُعتبر المشغل التربوي طريقة للتدريب الذاتي في مواقف تعليميّة حقيقيّة أو مشابهة، ويمكن اعتباره أسلوباً أكثر واقعيّة من الأساليب التدريبيّة القائمة على مبدأ تفريد التعليم نظراً لضخامة التكاليف المترتبة على استخدام تلك الأساليب (الأحمد، 1993).

ويتميّز المشغل التربوي بما يلي:

1. الواقعيّة، حيث تتم أنشطته في بيئة تعليميّة حقيقيّة أو مشابهة.
2. الممارسة، حيث يكتسب المتدرّبون الخبرات من خلال العمل والممارسة الفعليّة.
3. التكامل بين النظريّة والتطبيق، حيث تنظم الأنشطة والممارسات التدريبيّة وفق إطار مرجعي نظري، ممّا يعمل على توجيه هذه الفعاليّات بطريقة مدروسة ومنظمة نحو تحقيق الأهداف.
4. العمل الجماعي حيث يعمل المشاركون كفريق متكامل، فيكتسب المتدرب بذلك مهارات أخرى كمهارة العمل الجماعي بالإضافة إلى المهارات موضوع التدريب.
5. التعلم الذاتي، حيث يقوم المشارك بنفسه بالتدريب على المهارات المحدّدة من خلال العمل الجماعي.
6. استخدام وسائل تدريبيّة متعدّدة تجعل المتدرّب فيها مستمعاً ومناقشاً ومطبّقاً وقارئاً وكاتباً ومجرّباً وغير ذلك من الصفات التي تعتمد على طريقة التدريب المستخدمة (الأحمد، 1987).

ويؤخذ على هذا الأسلوب أنه لا يسمح بالجمع بين العمل والتدريب في نفس الوقت حيث يتطلب انتقال المتدرّب إلى مكان الورشة التدريبيّة وانقطاعه عن عمله طيلة أوقات التدريب (الفقش،2004).

رابعاً: تدريب المعلمين باستخدام أسلوب المحاكاة

المحاكاة (Simulation) عبارة عن أسلوب تدريبي مصمّم بحيث يخلق الظروف القريبة من الواقع، ويهيئ بيئة آمنة للتدريب وإعداد مواقف معيّنة تتطلب بذل جهد معيّن في التدريب (Ornstein and Allan, 1980).

وقد تمّ إدخال المحاكاة كأسلوب لتدريب المعلمين وإعدادهم في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وقد كان من أهمّ دواعي استخدامه كأسلوب تدريبي للمعلمين هو التوقعات الطموحة التي كانت تحيط به من حيث قدرته على تمكين معلمي الغد من الإلمام بواقع عمليّة التدريس وأبعادها الحقيقيّة، حيث إنه يواجه ما كان يوجه للبرامج التقليديّة في إعداد المعلم من نقد في أنها لا تعدّ معلمي الغد لمعالجة المشكلات الفعليّة في الصف الدراسي (الأكرف، 1990).

وممّا يميّز هذا الأسلوب كأسلوب لتدريب المعلم سواء قبل الخدمة أو أثنائها ما يلي:

1. استخدامه لمواقف متصلة بسلوكيات الطلاب وعلاقات المعلمين بالآباء ومديري المدارس وبأساليب طرق التدريس وتخطيط المناهج.
2. سماحه للفرد المتدرّب (طالباً معلماً/ معلماً) بمعالجة مشاكل وقضايا محدودة، حتى لو أخطأ فهو في وسط آمن ويحصل على تغذية مرتدة فوريّة من زملائه ومدرّبيه.
3. استخدامه للتقنيات التربويّة كالوسائل السمع/ بصريّة، ممّا يتيح التغذية المرتدة الدقيقة، ويساعد بالتالي على تحليل السلوك (Ornstein and Allan, 1980).

خامساً: تدريب المعلمين وفق المنحى التحليلي لمهارات التعليم

تنطلق فلسفة هذه الأسلوب من أساليب التدريب من أن للتعليم الصفي أنواعاً مختلفة من النشاطات كالشرح واستخدام الأسئلة والعروض التوضيحيّة والتجارب العمليّة وغيرها من النشاطات التي تحتاج لمهارات أدائيّة يجب تنميتها لدى المعلمين.

وتتميّز ملامح هذا الأسلوب كبرنامج تدريبي بما يلي:

1. حصر مهارات تعليميّة محدّدة تتعلق بالأنشطة الصفيّة التعليميّة التعلميّة.
2. التدريب على هذه المهارات بطريقة تدريجيّة منظمة.
3. تقديم خلفيّة نظريّة للمتدرّب على المهارة قبل انتقاله للتدرّب عليها.
4. التدرّب على المهارة من خلال موقف تعليمي مصغّر.
5. اعتماد مبدأ التغذية الراجعة الفوريّة التي تقدّم للمتدرّب.
6. اعتماد مبدأ تكرار التطبيق والتقويم بقصد بلوغ مستوى أداء مقبول.
7. اعتماد مبدأ تفريد التدريب؛ بمعنى أن كل متدرّب يتقدّم بالسرعة التي تناسبه وفقاً لاستعداداته وخبراته ومراعاةً لحاجاته (الأحمد، 1993).

ويتخذ هذا الأسلوب أشكالاً متعدّدة من طرق التدريب منها:

1. **التعليم المصغّر**: وهو عبارة عن طريقة يتم فيها تجزئة العمليّة التعليميّة التعلميّة في غرفة الصف إلى مجموعة من العناصر التي يتم التدرّب على بعضها في مواقف تعليميّة مصغّرة من حيث عدد الطلاب وزمن الدرس.
2. **التحليل التفاعلي**: وهو طريقة يلاحظ بها المتدرّب جميع التفاعلات التي تتم داخل غرفة الصف، وتتطلب هذه الطريقة وجود مراقب ومعه استمارة (قد يكون المراقب آلة تسجيل سمعيّة أو بصريّة) لتدوين سلوكات المتدرب، حيث تعرض هذه السلوكيات على المتدرّب ويجرى تحليلها بهدف العمل على تعديلها.
3. **الدورات الصغيرة**: التي تنطلق من حاجات المتدرّب، وتركّز على التدريب العملي على بعض المهارات، وقد تتضمّن هذه الدورات عدداً من الدروس التوضيحيّة التي يجري عرضها على المتدرّبين وتحليلها وتهدف إلى تعديل سلوكياتهم وممارساتهم الصفيّة (القمش،2004).

سادساً: تدريب المعلمين وفق أسلوب النظم

يتكوّن نظام التدريب وفق هذا الأسلوب من العناصر التالية:

1. المدخلات: وتضمّ ثلاثة أنواع: إنسانيّة وماديّة ومعلومات، حيث تتكوّن المدخلات الإنسانيّة من المتدرّبين والمدرّبين والإداريّين والفنيّين والمساعدين والمستخدمين، وأمّا المدخلات الماديّة فتتكوّن من الأموال اللازمة للإنفاق على التدريب وقاعات التدريب والتجهيزات والمواد المختلفة الضروريّة لتنفيذ البرنامج التدريبي. وتعدّ المعلومات الجانب الأهمّ من المدخلات حيث تشمل البيانات العامّة عن احتياجات المتدرّبين والموضوعات التدريبيّة التي تعرض عليهم وغير ذلك من معلومات يحتاجها البرنامج.
2. العمليّات: وتتألف من الأهداف التي تحدّد وتصاغ بصورة واضحة لكل من المدرّب والمتدرّب، كما وتشمل البيئة التي تحيط البرنامج التدريبي وما في هذه البيئة من فرص ومعوّقات، وتشمل هذه البيئة في الأنظمة والقوانين والعلاقات بين أعضاء النظام والقيم السائدة فيه بما في ذلك المدارس التي يعمل بها المتدرّبون، كما وتشمل الأسلوب الذي سيتم به التدريب والتقويم الذي سيتم بموجبه قياس التغيّرات التي حدثت في المتدرّبين بعد انتهاء البرنامج التدريبي.
3. المخرجات: وهي الناتج النهائي الذي يصدره التدريب وتتمثل في الإنسان المتدرّب الذي يفترض أنه اكتسب خصائص جديدة.
4. التغذية الراجعة: حيث تتلقى الإدارة المسؤولة عن برنامج التدريب البيانات ونتائج التقويم التي توضّح مدى نجاح هذا البرنامج. وبموجب هذه البيانات والتغذية الراجعة تعمل إدارة التدريب على استمراريّة البرنامج أو تعديل مساره بقصد التحسين (Flener, 1986).

وعند تطبيق أسلوب النظم على البرنامج التدريبي يجب مراعاة ما يلي:

1. تحديد أهداف البرنامج على صورة سلوكيات تدل على الكفايات التعليميّة التي يتوقع من المتدرّبين إتقانها بعد انتهاء البرنامج التدريبي.

2. أن يكون البرنامج قابلاً للتكيّف مع الحاجات الخاصّة لكل متدرّب ومع قدراته واستعداداته.
3. تحديد الطرق التي سيتم تنفيذ البرنامج التدريبي بها.
4. تحديد إجراءات العمل البديلة في ضوء التقويم (الأحمد، 1987).

سابعاً: تدريب المعلمين المبني على الكفايات

يعدّ اتجاه إعداد وتدريب المعلم على أساس الكفاية من أبرز التطوّرات التي طرأت على برامج إعداد المعلمين وتدريبهم خاصّة في الولايات المتحدة الأمريكيّة في العقدين الماضيين. ويُعدّ مفهوم التعليم المبني على الكفاية مفهوماً مستحدثاً في مجال التعليم والتعلم، وهو يقوم على تحديد مختلف الكفايات أو المهارات التي على الطلاب إتقانها، وهذا المفهوم الحديث يهدف إلى قياس مدى التقدّم الذي أحرزه الطلاب أو المتدرّبون ومدى تحصيلهم وإنجازهم في تعلم وإتقان تلك الكفايات والمهارات وذلك طبقاً لمعايير تستخدم في تقويم مدى فعاليّة العمليّة التعليميّة، وحتى يمكن أداء ذلك التقويم، يتعيّن أن تكون للعمليّة التعليميّة أهداف واضحة، جليّة قد تمّت صياغتها بعناية طبقاً لأنماط تتابعيّة (Farrant, 1990).

وحتى يتمكّن المعلم من أداء مهامه الرئيسة المنوطة به في إطار دوره كمنظم للتعلم وميسّر له فإن عليه أن امتلاك عدد من الكفايات التعليميّة وإتقانها. والمعلم الكفء (Competent) هو ذلك المعلم الذي يمتلك جميع المتطلبات اللازمة للقيام بوظيفته كمعلم، حتى ولو لم يكن قائم بأدائها فعلاً، وقد تحدّث الباحثون حول مفهوم الكفاية باعتبارها تمثل مجمل السلوك المتضمّن: للمعارف، والمهارات، والاتجاهات التي يوظفها المعلم من أجل تعديل سلوك الطلاب وتحقيق الأهداف المرجوة (ملحم والصباغ، 1991).

ومن الجدير ذكره أن هذا الاتجاه (التعليم المبني على الكفايات) يستند إلى مفهوم رئيسي الا وهو الكفاية (Competency) فما هو المقصود بهذا المفهوم؟

على الرغم من تعدّد تعريفات الكفاية وكثرتها إلا أنه يمكن القول أن هذا التعدّد وتلك الكثرة لم تؤد إلى اختلاف حول تحديد معنى الكفاية، إذ إن معظم هذه التعريفات يكاد يتقارب في نظرته لهذا المفهوم، وفيما يلي بعض من تلك التعريفات:

- لقد عرّفت باتريساكي (P. Kay) الكفاية بأنها: الأهداف السلوكيّة المحدّدة تحديداً دقيقاً والتي تصف كل المعارف والمهارات والاتجاهات التي يعتقد أنها ضروريّة للمعلم إذا أراد أن يعلم تعليماً فاعلاً، أو أنها الأهداف العامّة التي تعكس الوظائف المختلفة التي على الفرد أن يكون قادراً على أدائها.
- ولقد عرّف روس (Ross) الكفاية على أنها: المعرفة والمهارات والقيم، ومنهج التفكير المطلوب لتنفيذ نشاط مهم لإنجاح حياة الفرد الشخصيّة والمهنيّة، والقدرة على المواجهة، والإحاطة بمستويات الإتقان الحالي.
- كما عرّفها هوستن (Houston) بأنها مجموعة من المعارف والمهارات والاتجاهات التي يمكن اشتقاقها من أدوار المعلم المتعدّدة.
- ويعرّفها كوبر (Copper) بأنها مجموعة الاتجاهات وأشكال المهارات وأنواع السلوك التي تيسّر النمو العقلي والاجتماعي والعاطفي والجسمي للأطفال (الخدام، 1995).

ومن خلال استقراء التعريفات السابقة لمفهوم الكفاية فإنه يمكن القول بأن البعض من هذه التعريفات قد عرّف الكفاية في شكلها الكامن، والبعض الآخر عرّفها في شكلها الظاهر.

فهي في شكلها الكامن قدرة تتضمّن مجموعة من المهارات والمعارف والمفاهيم والاتجاهات التي يتطلبها عمل ما بحيث يؤدى أداءً مثالياً، وهذه القدرة تصاغ في شكل أهداف تصف السلوك المطلوب، وتحدّد مطالب هذا الأداء التي ينبغي أن يؤديها الفرد.

أمّا في شكلها الظاهر فهي الأداء الذي يمكن ملاحظته وتحليله وتفسيره وقياسه، أي أنها مقدار ما يحققه الفرد في عمله ولذلك يمكن القول أن:

- الكفاية في شكلها الكامن مفهوم (Concept) ومن هنا فهي إمكانيّة القيام بالعمل.
- الكفاية في شكلها الظاهر عمليّة (Process) ومن هنا فهي الأداء الفعلي للعمل.

وهكذا فإن مفهوم الكفاية يتضمّن الجوانب التالية:

- معارف المعلم ومهاراته واتجاهاته المتصّلة بهذه الكفاية.

1. مستوى الأداء المطلوب.
2. تيسير تعلم التلاميذ تعليماً فعّالاً.

- ضرورة وجود معايير خاصّة للحكم على مدى تمكّن المعلم من أداء مهامه المختلفة (الناقة، 1987).

ولا شك أن الاهتمام بالكفايات التعليميّة قد ولد ما سمّي فيما بعد بـ"حركة التربية القائمة على الكفايات" (Competency-Based Teacher Education)، ويرمز لها اختصاراً بالرمز (CBTE) والتي نشأت نتيجة عدد من العوامل تمثلت فيما يلي:

- الاهتمام المتزايد بتطبيق مبدأ المسؤوليّة في التربية: على اعتبار أن المعلم الجيّد هو الذي يستطيع طلابه القيام بالأعمال التي خطّط لأن يقوموا بها. ومن هنا كان الاهتمام بتربية المعلم أوّلاً قبل المعرفة وفي أثنائها، واختيار أفضل العناصر لمهنة التعليم، مع الالتزام بأخلاقيّات مهنة التعليم.
- اعتماد الكفاية بديلاً عن المعرفة والنجاح بمساقات نظريّة، بحيث أصبح يحكم على المعلم بمقدار ما يستطيع أن يعمل، وليس بمقدار ما تعلم بالرغم من أن بعض ما تعلمه يكون مهمّاً في بعض الأحيان.
- منح الشهادات القائمة على الكفايات بهدف التأكيد على الأداء، والتطبيق أكثر من المعرفة، وأن المعيار الذي اتخذ لتقويم المعلم هو فيما يستطيع عمله لا ما يعرفه أو يشعر به.
- تطوّر التكنولوجيا التربويّة: لتمثل تطبيق العلم على العمل من أجل أن يصل المتعلم بواسطة التعليم المبرمج إلى أهدافه خطوة خطوة بغض النظر عن الوقت.
- تحديد الأهداف على شكل نتاجات تعلميّة سلوكيّة: فالكفاية الواحدة تحدّد سلوكها بعدد من الأهداف على شكل نتاجات تعلميّة يمكن أن تلاحظ وتقاس وتقوّم.

- التعلم الإتقاني (Mastery Learning): فالتعلم المتقن لا يتحقق إلا من خلال تفريد التعليم (Individualization Instruction) مع الاهتمام بالأداء، بحيث تهتم حركة تربية المعلمين القائمة على الكفايات إلى تعليم كل تلميذ المعرفة والمهارات والاتجاهات والقيم الأساسيّة اللازمة لجعله قادراً على التعلم.
- حركة التجريب: المرتبطة بالتغيّر المتسارع للعالم وبالتربية العمليّة المتصلة بعلم النفس وبالسلوك الاجتماعي.
- اختلال مفهوم التعليم: يهتم التعليم هذه الأيام بالأدوار والمهام المنوطة بالمعلم.
- حركة التربية القائمة على العمل الميداني: حيث تتاح الفرصة للمعلم من أجل مشاهدة المواقف التعليميّة في المدارس وملاحظتها، وممارسة عمليّة التعليم نفسها.
- حركة تفريد التعليم: حيث ينشغل الطلاب بمهمّات تعليميّة تناسب وحاجاتهم ومستوياتهم النمائيّة وأساليبهم الإدراكيّة، ومبنيّة على مبادئ التعلم الذاتي، والتقويم الذاتي، وتحديد الحاجات.
- الحركة السلوكيّة: بهدف الإعداد والتدريب والتربية وتشكيل السلوك وتعديله، مستخدمة مبادئ البرمجة والتغذية المرتدة وتحديد الأهداف بدقة.
- أسلوب النظم (System Approach): من الضروري تحديد كفايات أيّة تربية في ضوء الإطار الكلي الشامل، ومن ثمّ تحديد عناصر هذا الإطار وتحديد الكفايات اللازمة لكل عنصر (مرعي والحيلة، 2011).

وفيما يلي توضيح لاتجاه تربية المعلمين القائم على أساس الكفايات (CBTE):

أولاً: العوامل والأسباب التي أدّت إلى ظهور اتجاه الكفايات:

يمكن تلخيص العوامل التي ساعدت هذا الاتجاه على الظهور والانتشار بما يلي:

1. الإحساس العام بعدم جدوى الشكل التقليدي النظري لبرامج الإعداد لأنها تهمل الأداء والدوافع ممّا يؤدي إلى الانفصال بين ما تمّ تعلمه وبين التطبيق في ميدان العمل.

2. التأثر بالاتجاه السلوكي وأعمال سكنر، وظهور أسلوب النظم، والأبحاث الخاصة بفاعلية المعلم، وفكرة التعلم الفردي ومبدأ المسؤولية التربوية.
3. تحول العملية التعليمية من الصفة الجماعية إلى الصفة الفردية، وبالتالي التحول من تمركز عملية التعلم حول المعلم إلى تمركزها حول المتعلم.
4. ظهور مفهوم التعلم للإتقان وهو أحد المفاهيم التي تقوم عليها حركة (CBTE)، وهنا تبرز مسؤولية العملية التعليمية في إيجاد الوسيلة التي تمكّن المتعلمين من إجادة المادّة الدراسية التي يتعلمونها (القمش، 2004).
5. الاتجاه نحو تحويل النظريّات والأسس العلميّة إلى كفايات تعليميّة يظهر أثرها في أداء المتعلم، أي ترجمة النظريّات والمعلومات إلى قدرات ومهارات.
6. تعدّد وسائل التعليم وأساليبه، وهذا يتطلب من البرامج التعليميّة خليطاً من الطرق النظريّة والتطبيقيّة والميدانيّة (الناقة، 1987).
7. انتشار حركة تحديد الأهداف على شكل نواتج تعليميّة سلوكيّة ساعد على صياغة أهداف البرنامج التعليمي القائم على الكفايات على شكل نواتج تعلميّة شاملة للأهداف المعرفيّة والأدائيّة ومعلنة مسبقاً لكل من المعلم والمتعلم (Harris, 1990)

ثانياً: الأسس التي يقوم عليها اتجاه الكفايات

يُشير طاهر عبد الرازق إلى أن معظم الكتاب يتفقون على أن حركة تربية المعلمين القائمة على أساس الكفايات تستند على مجموعة من الأسس التي يمكن إجمالها فيما يلي:

1. التدريس الفعّال يمكن تحديده في ضوء الخصائص الرئيسيّة المرتبطة بأدوار المعلم ومهامه.
2. التدريس مهنة لها قواعد وأصول.
3. لكي يؤدّي المعلم عمله يجب أن تتوفر لديه مجموعة من الكفايات التعليميّة.
4. تؤثر الكفايات التعليميّة لدى المعلم تأثيراً أساسياً في نواتج تعلم التلاميذ.
5. يمكن تحديد الكفايات اللازمة كما يمكن تقويم هذه الكفايات.

أ. الدورات المصغّرة (Minicourses)

الدورات المصغّرة هي إحدى صور تنظيم برنامج تدريب المعلمين القائم على أساس الكفايات، وهي تقوم على التعلم الذاتي على نحو يسعى إلى تمكين المتدرِّب من اكتساب مهارات تعليميّة محدّدة بطريقة مفردة منطلقاً من شعور المتدرِّب بحاجة معيّنة إلى هذه المهارة أو تلك ومتقدّماً بالسرعة التي تناسب ظروفه. وتعتبر الدورة المصغّرة عبارة عن رزمة تعليميّة تقوم على أساس التعلم الذاتي وتركّز الدورة المصغّرة على كفايات أو مهارات محدّدة ينبغي على المتعلم تعلمها في مدّة زمنيّة قصيرة قد تستغرق حوالي شهر تقريباً.

وتشتمل كل دورة مصغّرة على كتاب للمعلم يتضمّن الأهداف والدروس التي تشتمل عليها والمهارات التي يتناولها كل درس، ثمّ توجيهات تساعد المعلم على كيفيّة التنفيذ، وتعالج كل مهارة من خلال بيان أهميّتها وعرض التدريبات والأنشطة سواء كانت تحريريّة أو مرئيّة بمشاهدة فيلم عن المهارة مثلاً، ويتضمّن أيضاً أنشطة المتابعة (Follow-up)، والتقويم، كما يتم تزويد الطالب المعلم بالتغذية الراجعة بعد تحرير إجاباته في كراسات معدّة لذلك. كذلك تضمّ الدورة المصغّرة دليلاً للمتعلم نفسه يرشده خلال الأنشطة التعليميّة التي تحتويها (القمش، 2004).

ب. التوليفات التدريبيّة (Clusters)

ويتمثل هذا النمط في حصر المهارات اللازمة للمعلم للقيام بمهامه التعليميّة الأساسيّة، وتنظم هذه المهارات على شكل متدرّج بحيث تهتمّ كل مهارة على حدة بمواقف تعليميّة بسيطة مع مراعاة التكامل بين هذه المهارات في مواقف أكثر تعقيداً باستخدام أسلوب التدريس المصغّر، وقد قدّمت جامعة ستانفورد نموذجاً لمثل هذه البرامج، التي تهدف إلى تطوير برامج إعداد المعلم والتي أمكن فيها دمج المهارات التي ترتبط بإحدى المهام التعليميّة مثل مهارات حث التلاميذ على المشاركة في المناقشة، وتوجيه الأسئلة، وزيادة مشاركة التلميذ في الأنشطة الصفيّة...، وكل مهارة من هذه المهارات تتضمّن عدداً من المهارات الأخرى المنظمة بشكل هرمي متدرِّج (بخش، 1988).

ج. الوحدات التعليميّة (Modules)

تعدّ الوحدات التعليميّة من أهمّ وسائط التعلم التي تقوم على نظام التعلم الذاتي، كما أنها تعدّ أداةً رئيسيّةً للتعلم في برامج إعداد وتدريب المعلمين القائمة على الكفايات، وقد نالت اهتماماً أكبر في كثير من الدراسات التربويّة المهتمّة بهذا النوع من البرامج.

ويعرّف باري جيمس الموديل التعليمي بوجه عام بأنه وحدة مستقلة تقدّم على نحو نموذجي سلسلة من الأنشطة المدروسة والمصمّمة بشكل يساعد المعلم الطالب على تحقيق أهداف معيّنة (الأكرف، 1991).

ويقدّم فارانت (Farrant) تعريفاً آخر للموديلات التعليميّة فيقول: هي وحدات دراسيّة ذاتيّة المحتوى مستقلة عن بعضها البعض وتشير جزءاً من مقرّر الوحدات التي يساهم كل منها بمفرده إسهاماً خاصّاً في تعليم الطلاب، وباستمراريّة تعلمّه لوحدة تلو الأخرى يشكّل تراكمها معرفة متكاملة، ثمّ يُشير إلى أن الموديلات التعليميّة يمكن أن تأخذ أشكالاً وصوراً مختلفة مثل الكتيبات والعلب التي تحتوي على مواد التعلم الذاتي، مجموعة الألعاب التعليميّة والمواد التعليميّة التي يلحق بها تمارين واختبارات تفيد في عمليّة التعلم الذاتي (Farrant, 1990).

وتحتوي الوحدات التعليميّة على مجموعة من الوسائل التعليميّة التي تستخدم عادةً على نحو متكامل مع نشاط التعليم والتعلم في هذه الوحدات الصغيرة، ويمكن تصنيف الوسائل التعليميّة المستخدمة في الفئات التالية:

1. المواد المطبوعة، وتشمل الكتب والصور والرسوم بأنواعها والمذكرات والتعليمات وغيرها من المواد المطبوعة أو المنسوخة.
2. الوسائل التي تحتاج إلى أجهزة عرض معيّنة، وتشمل الأفلام (8) مم، والأفلام (16) مم، والأفلام الثابتة والشرائح الشفافة التي تعرض بواسطة جهاز العرض فوق الرأس أو تسجيلات على أشرطة الفيديو.
3. الوسائل السمعيّة، وتشمل التسجيلات الصوتيّة على شرائط أو أسطوانات.
4. الأشياء الحقيقيّة، وتشمل الأشياء الحقيقيّة ذاتها من حيوان أو نبات أو جماد.

5. التفاعل الإنساني، ويشمل تفاعل المتعلم مع زملائه وتفاعله مع المعلم وهذا التفاعل من أهمّ أنواع النشاط في الوحدة، فمن المهم أن يكون المعلم مع تلاميذ أثناء دراستهم للوحدات، ليجيب عن أسئلتهم ويوضح لهم بعض التفصيلات الدقيقة (راسل، 1984).

هذا ولا بدّ من توفر مبادئ أساسيّة في البرامج الحديثة لتدريب المعلمين أثناء الخدمة، وذلك لكي تؤدي وظيفتها ودورها بشكل فاعل.

وبهذا الصدد يُشير الخطيب (1990) إلى ضرورة إتباع المبادئ الأساسيّة التالية في البرامج الحديثة لتدريب المعلمين أثناء الخدمة:

- اعتماد إطار ونموذج نظري للتدريب لاعتماده كإطار مرجعي لتوجيه النشاطات والممارسات التدريبيّة في البرنامج.
- وضوح وتحديد أهداف برنامج التدريب للمدرِّبين والمتدرِّبين.
- تلبية الحاجات المهنيّة للمعلمين.
- المرونة وتعدّد الاختيارات في برنامج التدريب.
- توجيه برنامج تدريب المعلمين نحو الكفايات التدريبيّة.
- تحقيق التطابق بين الأفكار النظريّة والممارسات العمليّة في برنامج تدريب المعلمين.
- اعتماد منهج التدريب المتعدّد الوسائط.
- تأكيد برنامج التدريب على تفريد التعليم واستثمار تكنولوجيا التربية (القمش والسعايدة، 2008: 172).

دراسات ذات علاقة بالاحتياجات التدريبية اللازمة لمعلمي الأطفال المعوقين عقلياً

دراسة صندوق الملكة علياء (1984)

تعتبر الدراسة التي أجراها صندوق الملكة علياء عام (1984) من أوائل الدراسات التي تناولت التدريب أثناء الخدمة في ميدان التربية الخاصّة في الأردن. وقد هدفت التعرّف على الكوادر العاملة مع المعوقين من حيث: إعدادهم، مؤهلاتهم

العلميّة، الدورات المتخصّصة التي التحقوا بها، الدورات التدريبيّة اللازمة لهم، والمشكلات المهنيّة التي تواجههم في العمل مع المعوّقين. وفيما يخصّ الدورات التدريبيّة التي يحتاجها المعلمون فقد عبّر معلمو الأطفال المعوّقين عقليّاً عن اعتقادهم بأنهم بحاجة إلى التدريب في مواضيع مختلفة على النحو التالي: أساليب التدريس والتدريب، وتعديل السلوك، والتدريب المهني، والعلاج بالموسيقى، والتشخيص.

دراسة ستاينباك (1986)

كما أجرت ستاينباك (1986) Stinback دراسة هدفت إلى استطلاع آراء المعلمين حول الكفايات الضروريّة للعمل مع الأطفال المعوّقين عقليّاً، حيث بلغ مجموع عيّنة الدراسة (117) معلماً ومعلمة تمّ اختيارهم عشوائيّاً من مراكز التربية الخاصّة في مقاطعة فيلادلفيا، كما تمّ تطوير أداة قياس مكوّنة من (53) فقرة تمثل الكفايات التربويّة التي رأى الباحث أنها ضروريّة لمعلمي الأطفال المعوّقين عقليّاً وطلب من المعلمين الإجابة عنها، وأشارت نتائج الدراسة إلى إن البرامج التدريبية التي تتعلق بالكفايات ذات العلاقة بأساليب التدريس أهمّ من الكفايات الأخرى المتمثلة بضبط وتنظيم الصف والتخطيط للتعليم وبرامج استخدام الوالدين.

دراسة الحديدي (1990)

كذلك اهتمّت الدراسة التي أجرتها الحديدي (1990) بتحديد حاجة معلمي التربية الخاصّة في الأردن ومن ضمنهم معلمي الأطفال المعوقين عقلياً إلى برامج تدريب أثناء الخدمة والتي يعتقد المعلمون أنها مهمّة لقيامهم بعملهم بفاعليّة، كما هدفت الدراسة إلى تحديد الدور الذي يلعبه الجنس وسنوات الخبرة في التدريس والمؤهل العلمي في تحديد حاجات المعلمين إلى التدريب. وقامت الباحثة بتطوير استبانة حاجات معلمي التربية الخاصّة إلى التدريب أثناء الخدمة والمكوّنة من (26) فقرة. تكوّنت عينة الدراسة من (130) معلماً ومعلمة تمّ اختيارهم بالطريقة العشوائيّة الطبقيّة. وقد أوضحت نتائج الدراسة إلى حاجة المعلمين إلى التدريب على العديد من القضايا من ضمنها أساليب التدريس كما أوضحت أن حاجة معلمي التربية الخاصّة إلى التدريب تختلف باختلاف فئة الإعاقة التي يتعاملون معها، وأخيراً تبيّن أن عوامل

الجنس والخبرة لا تلعب دوراً مهماً في تحديد حاجات المعلمين إلى التدريب بينما يلعب متغير الخبرة التدريسيّة دوراً كبيراً في هذا الشأن.

دراسة احمد (1990)

وفي الدراسة الوصفيّة التي أجراها أحمد (1990) والتي اعتمدت على منهج التحليل النظري والتي هدفت إلى إلقاء الضوء على بعض جوانب برنامج إعداد معلم التربية الخاصّة ومكوّناته في الوطن العربي وذلك من خلال مناقشة العديد من القضايا الأساسيّة منها الاحتياجات التدريبية اللازمة للمعلمين. وقد أشارت نتائج الدراسة فيما يتعلق بهذا الجانب إلى ضرورة إحتواء البرامج التدريبية على الأساليب التدريسية الفعالة لهذه الفئة من الطلبة، وكذلك ضرورة إخضاع معلم التربية الخاصّة بمافيهم معلم الأطفال المعوقين عقلياً إلى فترات تدريب عمليّة قبل الخدمة وأثناءها.

دراسة ستيوارت (1991)

كما قام ستيوارت (1991) Stewart بدراسة هدفت من خلال استخدام نموذج تقييم الحاجات التدريبيّة أثناء الخدمة إلى تحديد الاحتياجات التدريبيّة اللازمة للأفراد الذين يقدّمون خدمات تربويّة مباشرة للأطفال المعاقين عقليّاً اعتماداً على توافر كفاياتهم كمتخصّصين.حيث طلب منهم أن يقدّموا كتابيّاً كفايات الأداء المتوفرة لديهم بحسب المستوى الوطني المحدّد في ولاية جورجيا الأمريكيّة، كما طُلب من مشرفيهم أن يقيّموا مستوى المهارة لدى هؤلاء المختصّين في تقديم الخدمات التربويّة المباشرة للأطفال المعاقين عقلياً. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى ضرورة أن تتضمن خطة التدريب كفايات في جوانب نمو وتطوّر الطفل، والمشاركة الأسريّة، والتقييم، ومهارات البرامج الفرعية، والخبرات المتصلة بتطوير مهنيّة المختصّين في مجال أساليب التدريس الفعّالة في تعليم الأطفال المعوّقين عقليّاً.

دراسة ردلي و بويهلر (1992)

وفي دراسة قام بها كل من ردلي و بويهلر (1992) Ridely and Buehler والتي هدفت التعرّف على الكفايات الضروريّة واللازم توفرها لتقييم فاعليّة معلم التربية الخاصّة، وكان من نتائج الدراسة أن اكّدت على (11) بُعد سلوكي ككفايات مهمّة في

إجراء تقييم فاعليّة معلم التربية الخاصّة،حيث كانت كفاية الأساليب التعليميّة المستخدمة من أهم الكفايات الواجب تدريب معلمي التربية الخاصة عليها ومن ضمنهم معلمو الأطفال المعوقين عقلياً.

دراسة روبرتس (1995)

وفي دراسة أخرى قامت بها روبرتس (1995) Roberts على (121) معلماً للتربية الخاصة في ولاية تينسي الأمريكيّة، بهدف استقصاء وتحديد الكفايات التي يحتاجها معلمو التربية الخاصّة للوصول إلى نوعيّة جيّدة من البرامج التربويّة الخاصّة بمعلمي متعدّدي الإعاقة من المعاقين عقليّاً وسمعيّاً، وأكّدت النتائج على أن معلمين متعدّدي الإعاقة قدّروا عالياً المساقات الدراسيّة التي تركّز على مجالات من الكفاية وهي كفايات أساليب التدريس، كفايات التخطيط، كفايات التقييم، وكفايات الخبرة أو التدريب العملي. وقد تمّ التوصل إلى برنامج أكاديمي مقترح لإعداد معلمين جديرين للتعامل مع متعدّدي الإعاقة من المعاقين عقليّاً وسمعيّاً، يركّز على تفصيل الجوانب السابقة.

دراسة هاميل و جاتزين و بارجيرهوف (1999)

أما الدراسة التحليليّة التي قام بها كل من هاميل و جاتزين و بارجيرهوف Hamill, Jatzen and Bargerhuff (1999) والتي هدفت إلى تحديد الكفايات التي يحتاجها المعلمون العاملون في البيئات التعليميّة الشاملة والتي تحوي طلبة من ذوي الإعاقة العقليّة البسيطة كما يُظهرها الأدب التربوي المتعلق بهذا الجانب. فقد خلصت الدراسة إلى أن الكفاية الأكثر أهميّة لدى المعلمين هي الكفايات ذات العلاقة بأساليب التدريس والممارسات الصفيّة، كما تمثلت أبرز الكفايات لدى المعلمين في جوانب التعامل بمرونة والمعرفة بالطلبة.

دراسة الصمادي والنهار (2001)

وأخيراً فقد أجرى كل من الصمادي والنهار (2001) دراسة هدفت إلى تقييم مدى إتقان معلمي فصول التربية الخاصّة في دولة الإمارات العربيّة المتحدة (ن = 96) لمهارات التدريس الفعّال ومدى اختلاف مستوى إتقان هذه المهارات حسب الجنس

والمؤهل والخبرة في التعليم. شملت إجراءات الدراسة ملاحظة أفراد العيّنة أثناء تدريسهم لفصول التربية الخاصّة إذ قام الملاحظون بتقييم مهاراتهم التدريسيّة وفق أداة أعدّت لهذا الغرض. أظهرت النتائج أن المهارات العامّة المتعلقة بالتخطيط والتدريس والتقييم متوافرة بشكل جيّد وإن ظهر أن إتقان المعلمين للمهارات المتعلقة بتنفيذ التدريس تفوق إتقانهم لمهارات التخطيط والتقييم. وأشارت النتائج إلى أن مستوى إتقان المعلمات لكل الكفايات (التخطيط، تنفيذ التدريس والتقييم) أعلى بدلالة إحصائيّة من مستوى إتقان المعلمين لها كما أن الحاصلين على درجة البكالوريوس يتقنون هذه الكفايات بمستوى أفضل من الحاصلين على الدبلوم المتوسط. وأخيراً فقد ظهر أن المعلمين والمعلمات من مستويات الخبرة التي تزيد عن سبع سنوات يمتلكون مهارات التدريس بمستوى أفضل من نظرائهم الذين تقل خبرتهم التعليميّة عن سبع سنوات فيما لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائيّة على بعدي التخطيط والتقييم أو الدرجة الكليّة تعزى لاختلاف مستوى الخبرة.

جع العربيّة

الأحمد، نزار عارف. (1993) أثر برنامج تدريب المعلمين أثناء الخدمة على الممارسات التدريسيّة الصفيّة لمعلمي الرياضيات للصف العاشر الأساسي في الأردن، الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنيّة.

احمد، شكري سيّد. (1990)، برنامج إعداد المعلم التربية الخاصّة ومتطلباته في الوطن العربي، المجلة العربيّة للتربية، 1(9)، 8-34.

الأكرف، مباركة صالح. (1990)، تطوير برامج معلمة الفصل أثناء الخدمة بدولة قطر في ضوء مدخل الكفايات، مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.

بخش، هالة طه. (1988)، تنمية أداء المعلمات في كفاءات تدريس الكيمياء بالمرحلة الثانويّة بالمملكة العربيّة السعوديّة، مصر، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.

جرادات، عزّت. (1992)، فلسفة التطوير التربوي في الأردن واتجاهاته، رسالة المعلم، 33(2)، 5-61.

الحديدي، منى. (1990)، حاجة معلمي التربية الخاصّة في المملكة الأردنيّة الهاشميّة إلى برامج التدريب في أثناء الخدمة: دراسة استطلاعيّة، دراسات، 17(14)، 145-172.

الخطيب، جمال. (1993)، تعديل سلوك الأطفال المعوّقين: دليل الآباء والمعلمين، الطبعة الأولى، الأردن، دار إشراق للنشر والتوزيع.

حدان، محمد زياد. (1988)، تطوير المعلمين وظيفيّاً أثناء الخدمة، مفهومه واقتراح لتخطيطه وتنفيذ برامجه، رسالة المعلم، 29(1)، 92-93.

- السادة، إبراهيم هاشم. (1987)، التعليم الابتدائي في دولة قطر في ضوء الاتجاهات المعاصرة: دراسة تحليليّة، الطبعة الأولى، مصر، دار الطباعة الحديثة.
- سعادة، يوسف جعفر. (1986)، تطوير برامج الإعداد المهني لمعلم المواد الاجتماعيّة. الطبعة الأولى، الكويت: وكالة المطبوعات.
- شوق، محمود وسعيد، محمد. (2001)، معلم القرن الحادي والعشرين (اختياره، إعداده، تنميته). الطبعة الأولى، مصر، دار الفكر العربي.
- الصمادي، جميل والنهار، تيسير. (2001)، مستوى إتقان معلمي التربية الخاصّة في دولة الإمارات العربيّة المتحدة لمهارات التعليم الفعّال، مجلة مركز البحوث التربويّة، 10(19)، 193-216.
- صندوق الملكة علياء للعمل الاجتماعي التطوعي الأردني. (1984)، دراسة الكوادر الفنيّة العاملة مع المعوّقين في الأردن، الأردن.
- عبد المقصود، محمد فوزي. (1990)، الاحتياجات التدريبيّة لمعلمي الحلقة الأولى بالتعليم الأساسي تصوّر مقترح لتلبيتها، رابطة التربية الحديثة: بحوث تربويّة، 3(18)، 6-9.
- القمش، مصطفى. (2004)، فاعلية برنامج تدريبي لرفع كفايات معلمي الأطفال المعوقين عقلياً في مجال أساليب التدريس وتقييم فاعليته، الأردن، رسالة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية.
- القمش، مصطفى والسعايدة، ناجي، (2011)، قضايا وتوجهات حديثة في التربية الخاصة، الطبعة الثانية، الأردن، دار المسيرة.
- مرعي، توفيق والحيلة، محمد. (2011)، طرائق التدريس العامّة، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الناقة، محمود كامل. (1987)، البرنامج التعليمي القائم على الكفايات، أسسه وإجراءاته، الطبعة الأولى، مصر: مطابع الطوبجي التجاريّة.
- يوسف، عبد القادر. (1987)، دراسات في إعداد وتدريب العاملين في التربية، الطبعة الأولى، الكويت، منشورات ذات السلاسل.

- المراجع الأجنبية:

- AL-Razik, Tahir, and Al-Shibiny, Mohamd. (1986). The **Identification of Teaching Competencies, a Study of Omani Primary Teachers**, Sultanat of Oman: Ministry of Education and Youth Affairs.
- Blank, William E. (1982). **Handbook for Developing Competency-Based Training Programs**, Prentice-Hall, Inc., New Jersey: Englewood Cliffs.
- Dunne, R., and Wragg, T. (1996). **Effective Teaching**, London: Routledge.
- Everston, C., M. (1986). **"Observation as Inquiry and Method"**, (3rd ed.), Handbook of Research in Teaching, Publisher, London: Collier Macmillan.
- Farrant, J. S. (1990). **Principles and Practice of Education**, (2nd ed.), London: Longman Group.
- Flener, F. (1986). "Teacher Training and Teacher Inservice: The Underpinings of Mathematics Teaching in England". **Social Science and Mathmatics**, 86(1), 51-60.
- Himill, L., Janizen, A. and Bargerhuff, M. (1999). Analysis of Effective Educator Competencies in Inclusive Environments. **Action in Teacher Education**, 21(3), 21-37.
- Harris, B. (1990). **Improving Staff Performance through Inservice Education**, London: Allyn & Bacon, Inc.
- Katz, Lilian. (1989). **A Matrix for Research on Teacher Education**, *In*: Holy, Eric and Other(eds), World Year Book of Education, Professional Development of Teachers, London.
- Mitzel, H. E. (1982). **Encyclopedia of Educational Research**, (5th ed.). The Free Press, New York: Advision of Macmillan Publishing.
- Morant, R., W. (1982). **In-Service Education within the School**, London: Advision of Macmillan Publishing.
- Ornistein, A. C., and Miller, H. L. (1980). **Looking into Teaching an Introduction to American Education**, Boston: Houghton Mifflin Company.
- Ridley, L., and Boeher, R. (1992). **Effective Teacher Behaviors: A Survey of In-Service Special Education**, Department of Special Education, Mill-Ersville University.

Roberts, D. (1995). The Preparation of Teachers the Education of Multihandicapped (Hearing Impairment/Mental Retardation) Children (Mental Retardation), DAI-A 51/03, 824, Sep.

Stainback, M. (1986). Training Teachers fr the Severly and Profoundly Handicapped. Journal of Applied Behavior Analysis, 17(2), 32-44.

Stewart, T. (1991). Competencies for Teachers in Intervention Programs for Young Handicapped Child: Perceptions of Performance and Implications for in Service Training, DAI-A 51/08, 2707, Feb.

الوسائل التعليمية للطلبة المعوقين عقلياً

الفصل السابع

الوسائل التعليمية للطلبة الموقين عقلياً

مقدمة

لقد تطور المفهوم الحديث لكلمة المنهاج فقديما كان يعرف المنهاج بأنه مجموعة الخبرات والمعارف التي يحتويها كتاب ما. ولكن حديثا عرف المنهاج بأنه جميع الخبرات التي يتعرض لها الطالب داخل المدرسة أو خارجها ولكن تحت إشراف المدرسة وأصبح المنهاج حديثا يتألف من اربعة عناصر هي:

أولا: الأهداف وهي التي يجب أن يتقنها الطالب.

ثانيا: المحتوى وهي المادة التي سيتعلمها الطالب في ضوء الأهداف الموضوعة مسبقا.

ثالثا: الأنشطة والوسائل التعليمية والتي تستخدم لتحقيق الأهداف التعليمية.

رابعا: التقويم والذي يستخدم لقياس مدى تحقيق الطلبة للأهداف الموضوعة مسبقا.

إذن أصبحت الوسائل التعليمية عنصرا هاما من عناصر المنهاج وركيزة أساسية له فلا يمكن الاستغناء عنها وإذا تم ذلك فإن هذا التعليم سيكون ناقصا عنصرا رئيسيا من عناصره ومن هنا بدأت العملية التربوية في هذه الأيام تولي الوسائل التعليمية عناية أكبر من ذي قبل فأصبحت الجامعات تقرر مساقات خاصة لتعليم الوسائل التعليمية وأصبحت المدارس والكليات بشكل عام تحتوي على قاعات خاصة للوسائل التعليمية توضع فيها إنتاجات الطلبة وما توفره المؤسسة التعليمية من وسائل لتحقيق أهداف التعليم.

نبذة تاريخية عن استخدام الوسائل التعليمية

حظيت عملية استخدام الوسائل التعليمية باهتمام بعض المربين الأوائل فقد عرف عن ابن الهيثم أنه كان يصحب تلاميذه إلى بركة ماء ويغرس فيها قصبة ليوضح

لهم نظرية انكسار الضوء بالماء. أما ابن خلدون فلقد أوصى في مقدمته المربين على ضرورة استخدام الأمثلة الحية في بداية عملية التعليم حتى تساعد الطلبة على تكوين المفاهيم لديهم.

أما كونتليان وهو أول من نادى بضرورة استعمال الوسائل التعليمية فقد اقترح أن تصنع نماذج للحروف من العظم لكي يلعب بها الأطفال ويتعلمون بها في نفس الوقت. وايرازوموس المربي الهولندي الذي طالب المدرسين بأن يعتمدوا على الحقائق الطبيعية عند تدريس طلابهم كأن يشاهد الطلاب الحيوانات التي يتعلمون منها. وغيرهم كثيرون من أمثال روسو، وفروبل، ومنتسوري (عبيد، 2001).

ماهية الوسائل التعليمية

لقد ظهرت تعريفات عديدة للوسائل التعليمية وتأثرت هذه التعريفات بتاريخ تطور هذه الوسائل فقديما كان ينظر للوسائل التعليمية على أنها الأدوات والمواد البصرية أو السمعية التي يستعان بها في مساعدة المتعلم على بلوغ أهداف التعليم ولكن الاتجاه الحديث في تعريف الوسائل التعليمية يرى بأنها كل مصدر سواء أكان بشرياً أو آلياً يساعد في عملية التدريس، ومن تعريفات الوسائل التعليمية:

- تعرف الوسيلة التعليمية على أنها أداة أو قناة اتصال، وهي مترجمة عن الكلمة اللاتينية (medium) التي تعني بينْ وهذا يعني أن الوسيلة أي شيء ينقل المعلومات بين المرسل والمستقبل.
- أية وسيلة بشرية أو آلية تعمل على نقل رسالة ما من مصدر التعلم إلى المتعلم ويساهم استخدامها بشكل وظيفي في تحقيق أهداف التعليم.

أما في القرن العشرين ونتيجة للتقدم العلمي والتكنولوجي الهائل فلقد تأثرت العملية التعليمية بهذا التطور بما قدمته للمعلمين من وسائل وأدوات ساهمت في تقليل وقت التعليم والتعلم وجعله أكثر عمقا وأثرا مثل مختبرات اللغات والدائرة التلفزيونية المغلقة والأقمار الصناعية. ونتيجة لذلك فقد ظهر مصطلح تكنولوجيا التعليمْ للإشارة إلى الوسائل التعليمية ويعرف مصطلح تكنولوجيا التعليم بانه تنظيم

متكامل يضم الإنسان والآلة والأفكار وأساليب العمل والإدارة بحيث تعمل داخل إطار واحد (السيد، 1999).

تطور مفهوم الوسائل التعليمية من الوسائل إلى تكنولوجيا التعليم

تدرج المربون في تسمية الوسائل التعليمية. وكان لها أسماء متعددة منها:

وسائل الإيضاح، الوسائل البصرية، الوسائل السمعية، الوسائل السمعية والبصرية، الوسائل المعينة، الوسائل التعليمية، وسائل الاتصال التعليمية وآخر تسمياتها تكنولوجيا التعليم.

ولقد كان يوجه لكل تسمية من التسميات السابقة نقد، لما فيها من مآخذ فمن أطلقوا عليها الوسائل البصرية أخذوا بعين الاعتبار أن العين هي أهم الحواس لاكتساب الخبرات، في حين أنها ليست الوحيدة، كذلك من أسموها الوسائل السمعية أو البصرية أهملوا باقي الحواس.

ومع هذا اتفق المربون منذ فترة على إطلاق اصطلاح الوسائل التعليمية على اعتبار أنها وسائل تعين الدارس على اكتساب المعارف والمهارات.

أما بالنسبة لتطور مسميات الوسائل التعليمية:

لقد مر مصطلح الوسيلة على مدى الحقب الزمنية بعدة مسميات منها:

- وسائل الإيضاح: وهي تلك التي يستعملها المعلم لتوضيح المادة التعليمية للمتعلم كالصور والخرائط والمجسمات.
- الوسائل المعينة (teaching aids): وهي تلك الأشياء التي يستعين بها المعلم على توضيح وتبسيط المهارات والمعلومات، والخبرات للمتعلم، وبنفس الوقت تعين المتعلم على الفهم والاستيعاب.
- الوسائل البصرية (visual aids): وهي تلك الأشياء التي تعتمد في تعليمها على حاسة البصر مثل الخرائط والصور واللوحات التوضيحية، ويعاب على هذه التسمية اهتمامها بحاسة البصر وإهمالها لأهمية بقية الحواس في التعلم.

- **الوسائل السمعية (audio aids)**: وهي تلك الأشياء التي تعتمد على حاسة السمع مثل الراديو والتلفون ويؤخذ على هذه التسمية ما أخذ على سابقتها.
- **الوسائل السمع بصرية (audio visual aids)**: وهي تلك الوسائل التي تعتمد على حاستي السمع والبصر مثل: التلفزيون والسينما. ويؤخذ عليها اهتمامها بحاستي السمع والبصر وإهمالها لبقية الحواس كالذوق والشم والحس (اللمس).
- **الوسائل التعليمية**: إن الوسيلة التعليمية هي الأداة والشكل أو اللغة التي يستخدمها المدرس لمساعدة تلاميذه على تعلم ما يهمهم في موقف معين.
- **تكنولوجيا التعليم**: ومع التفجر العلمي الذي اجتاح العالم بعد الثورة الصناعية بدأت الآلة تتغلغل في جميع نشاطات الإنسان الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، حتى دخلت الآلة في مجال العملية التعليمية (السيد، 1999).

أهمية استخدام الوسائل التعليمية في عملية التعلم والتعليم

إن استخدام الوسائل التعليمية بطريقة فعالة، يساعد على حل أكثر المشكلات ويحقق للتعليم عائدا كبيرا، وقد أثبتت البحوث الأهمية العظيمة وعظم الإمكانيات التي توفرها الوسيلة للمتعلم وللمعلم وللعملية التربوية بشكل عام. وأهميتها تكمن في النقاط التالية:

1. تساعد الوسائل التعليمية على استثارة اهتمام التلاميذ وإشباع حاجاتهم للتعلم، ويقصد بالحاجة التعليمية الفرق بين ما هو كائن من معلومات وما يجب أن يحصل عليه المتعلم، وتفتح له الوسائل الآفاق الجديدة من المعرفة.
2. تساعد الوسائل التعليمية على زيادة خبرات المتعلمين فتجعلهم أكثر استعدادا للتعلم.
3. يمكن عن طريق استخدام الوسائل التعليمية المختلفة تنويع الخبرات التي تهيئها المدرسة للتلميذ فتتيح له فرصة المشاركة والاستماع والتأمل والتفكير.

4. ولعل أهم فوائد استخدام الوسائل التعليمية أن تتحاشى الوقوع في اللفظية، وهي أن يستخدم المدرس ألفاظا ليست لها عند التلميذ أو المستمع نفس الدلالة التي عند قائلها، والسبب يعود إلى اختلاف الخبرات عند الطرفين.

5. يؤدي تنويع الوسائل التعليمية إلى تكوين وبناء المفاهيم السليمة لدى المتعلم.

6. توفر الوسائل التعليمية كثيرا من الخبرات الحسية التي تعتبر أساسا في تكوين المدركات الصحيحة فيما يستمع إليه التلميذ من شرح لفظي وما يقرؤه من الكتب المدرسية.

7. تثير انتباه التلاميذ نحو الدروس واهتماماتهم، وتزيد من إقبالهم على الدراسة.

8. تساعد الوسائل التعليمية على تنويع أساليب التعليم لمواجهة الفروقات الفردية بين التلاميذ المختلفين في قدراتهم.

9. تؤدي الوسائل التعليمية إلى ترتيب الأفكار التي يكونها التلاميذ.

10. تؤدي الاستعانة بالوسائل التعليمية إلى تعديل وتشكيل السلوكيات، وتكوين الاتجاهات الجديدة حيث تستخدم بعض الوسائل التعليمية كالملصقات، وبرامج التلفزيون والأفلام بكثرة في محاولة تعديل السلوكيات.

11. تعالج الوسائل التعليمية مشكلة الزيادة في المعرفة الإنسانية، وما يسمى بالتفجر العلمي، حيث أدى التقدم العلمي في السنوات الأخيرة إلى تزايد العلوم في جميع فروعها رأسيا وأفقيا.

12. تجعل التعليم أكثر عمقا وثباتا في أذهان التلاميذ وتساعد على إطالة فترة تذكرهم لما يتعلمون.

13. تساعد في التغلب على مشكلة الانفجار السكاني: فقد أدت ظاهرة ازدياد السكان إلى ازدحام قاعات التدريس والمحاضرات بالطلبة. وظهرت الحاجة الماسة إلى الاستعانة بالوسائل الحديثة في التعليم كالإذاعة والتلفزيون وأجهزة العرض السمعية والبصرية. وأدت هذه الظاهرة إلى ابتداع الأنظمة الجديدة التي تحقق أكبر قدر من التفاعل والتعلم باستخدام الأجهزة والوسائل التعليمية.

14. تساعد الوسائل التعليمية على جلب العالم الخارجي إلى غرفة الصف عن طريق التلفزيون والسينما، وبهذا تتغلب على مشكلة البعد المكاني، إذ يشاهد الطالب أماكن تبعد عنه آلاف الكيلومترات.

15. تساعد الوسائل التعليمية الطالب على إدراك الحقائق العلمية إدراكا سليما، وتقضي على تخيله الخاطئ عنها.

16. تساعد الوسائل التعليمية على زيادة سرعة العملية التربوية، فهي تحقق تعلما بأسرع وقت، وأقل جهد، وأحسن النتائج، وبالتالي فإنها تسهل عملية التعلم والتعليم (الحيلة، 2001).

متى يجب استخدام الوسائل التعليمية

إذا كان موضوع التعلم:

- خطرا كتفجير القنابل.
- كبيرا جدا كقارة آسيا.
- نادرا كفاكهة موسمية.
- غاليا مثل الألماس.
- صغيرا جدا كالميكروب.
- يتعلق بحركة سريعة الحدوث كالزلازل.
- مخلا بالآداب العامة.
- قليل الحدوث مثل كسوف الشمس.
- يتعلق بدراسة الماضي كالتاريخ.
- معقدا جدا كتوصيلات الحاسوب.
- غير مرئي كالتيار الكهربائي (الديس وعليان، 2003).

صفات الوسائل التعليمية الجيدة

يمكن وضع الصفات التالية للوسيلة التعليمية الجيدة:

1. توافق الوسيلة الغرض أو الهدف الذي تسعى لتحقيقه منها كتقديم المعلومات، أو إكساب التلميذ لبعض المهارات، أو تعديل اتجاهاته.
2. أن تكون صادقة في المعلومات التي تقدمها الوسيلة.
3. أن تكون الوسيلة مثيرة للانتباه والاهتمام.
4. أن تكون جزءا لا ينفصل عن المنهاج.
5. أن تكون الوسيلة في حالة جيدة، فلا يكون الفيلم مقطعا، أو الخريطة ممزقة، أو التسجيل الصوتي مشوشاً.
6. أن تكون مراعية لخصائص التلاميذ، ومناسبة لأعمارهم الزمنية والعقلية.
7. أن تساوي الوسيلة الجهد، والمال الذي يصرفه المعلم، للحصول عليها، وأن يكون العائد التربوي من استخدامها مناسبا للجهد والمال المبذولين في سبيل الحصول عليها.
8. أن تتسم بالبساطة، والوضوح، وعدم التعقيد.
9. أن تتناسب من حيث الجودة والمساحة، والحجم مع عدد التلاميذ في الصف، وأن تعرض في وقت مناسب كي لا تفقد عنصر الإثارة فيها.
10. أن تكون ألوانها واقعية، وأن لا تطغى الألوان على الأفكار الأساسية، وعلى الهدف من استعمالها.
11. أن تكون موادها من البيئة ما أمكن.
12. أن تؤدي إلى زيادة قدرة التلميذ على التأمل والملاحظة وجمع المعلومات.
13. أن تتناسب مع التطور العلمي والتكنولوجي لكل مجتمع.
14. أن تكون متينة الصنع وتصلح لأكثر من غرض واحد (سلامة وآخرون، 1999).

معايير اختيار الوسائل التعليمية

يمكن اعتماد المعايير التالية لاختيار الوسيلة التعليمية:

1. مدى توافق الوسيلة مع الغرض الذي تسعى إلى تحقيقه كتقديم المعلومات، أو اكتساب التلميذ لبعض المهارات، أو تعديل اتجاهاته، فالأفلام المتحركة مثلا تصلح لتقديم المعلومات التي يكون عنصر الحركة أساسيا فيها. وإذا كان الهدف من الدرس أن ينطق التلميذ بعض الكلمات نطقا صحيحا، وكان من الضروري أن يسجل حديثه ليتبين مدى اكتسابه لقواعد النطق الصحيح في اللغة. إذن فاختيار الوسيلة التعليمية يعتمد على الهدف المرجو من استخدامها (Barron, 1994).

2. مدى صدق المعلومات التي تقدمها الوسيلة ومطابقتها للواقع. ومعنى ذلك أن تكون المعلومات جديدة، وليست ناقصة أو محرفة. فإذا ما تبين للمعلم عكس ذلك وجب عليه أن يبحث عن الجديد منها. ومن أمثلة ذلك تغير خريطة العالم السياسية نتيجة لحصول كثير من الشعوب على استقلالها، وبالمثل فإن عرض أحد الأفلام التي تصور التقدم الصناعي، أو الزراعي أو مدى استغلال مصادر الطاقة في العالم العربي يجب أن يصاحبه إضافة للمعلومات الجديدة عن آبار البترول التي تم اكتشافها وحفرها بعد إنتاج هذا الفيلم.

3. مدى صلة محتويات الوسيلة بموضوع الدراسة: فكثيرا ما نلاحظ أن أجزاء كثيرة من الأفلام التعليمية ليست وثيقة الصلة بالموضوع الذي يدرسه الطلاب. وهنا يجدر بالمعلم أن يستبدل الفيلم بآخر، أو الاقتصار على عرض جزء من الفيلم الذي يتصل بالموضوع لأن الإصرار على عرض الفيلم بأكمله، قد يؤدي إلى قلق الطالب وإضاعة جزء كبير من الحصة.

4. مناسبة الوسيلة لأعمار التلاميذ، ومستويات ذكائهم، وخبراتهم السابقة التي تتصل بالخبرات الجديدة وذلك من حيث اللغة المستعملة، وعناصر الموضوع الذي تعرضه، وطريقة العرض. فلا يجب أن تكون هذه الوسيلة أقل من مستوى التلميذ

فلا يتحمس لها ولا يستهويه تتبعها والاستفادة منها. كما لا ينبغي أن تكون أعلى من مستواه كثيرا بحيث لا يستطيع فهمها وتصورها.

5. أن تكون الوسيلة في حالة جيدة: فلا يكون الفيلم مقطعا، أو التصوير غير واضح، أو الخريطة ممزقة، أو التسجيل الصوتي مشوشا، فكل هذه العيوب تعيق التعلم وتنفر التلميذ من الدرس، وتشتت انتباهه، وتقلل من اهتمامه بالموضوع.
6. أن تساوي الوسيلة الجهد والمال الذي يصرفه التلميذ على التأمل، والملاحظة وجمع المعلومات، والتفكير العلمي السليم.
7. الجدة: أن تناسب الوسائل مع التطور العلمي والتكنولوجي لكل مجتمع، فقد لوحظ أن بعض المجتمعات غير مهيأة اجتماعيا لاستخدام بعض الأساليب التكنولوجية الحديثة، والاستفادة منها، أو صيانة أجهزتها، أو تطبيق الأنظمة التي تبتدعها هذه الأساليب. فقد يكون من الأنسب مثلا عند تقديم التعليم المبرمج أن يستخدم الكتاب المبرمج، أو الآلات اليدوية قبل أن ننطلق إلى استقبال البرامج من خلال الحاسوب. وبالمثل عند استعمال مختبرات اللغة فيفضل في البداية حسن استخدام أجهزة التسجيل والكاسيت، ووسائل الاستماع الفردي أو الاستعمال في مجموعات، قبل استثمار آلاف الدنانير في إقامة أجهزة مختبرات لغوية ثابتة.
8. المواصفات الفنية: أن تكون الوسيلة التعليمية مناسبة فنيا من حيث اللون والوضوح والزوايا، والحجم، والخطوط والرسومات، والإخراج، والصوت، مع توافق الموسيقى مع الصوت والصورة (سلامة وآخرون، 1999).

أساسيات في استخدام الوسائل التعليمية

1. تحديد الأهداف التعليمية التي تحققها الوسيلة بدقة، وهذا يتطلب معرفة جيدة بطريقة صياغة الأهداف بشكل دقيق قابل للقياس، ومعرفة أيضاً بمستويات الأهداف: المعرفية، الوجدانية، والحركية.
2. معرفة خصائص الفئة المستهدفة ومراعاتها: يجب أن تناسب الوسيلة المستخدمة مع مستوى المتعلمين العمري والذكائي والمعرفي، وتفي بحاجاتهم حتى نضمن الاستخدام الفعال للوسيلة.

3. **تهيئة اذهان المتعلمين لاستقبال محتوى الوسيلة:** عن طريق طرح الأسئلة التي تدور حول محتواها، ومحاولة تحديد مشكلة معينة تساعد على حلها.

4. **تقويم الوسيلة،** ويتضمن التقويم النتائج التي ترتبت على استخدام الوسيلة مع الأهداف التي اعدت من أجلها. ويكون التقويم عادة بقياس تحصيل التلاميذ بعد استخدام الوسيلة، أو معرفة اتجاهات المتعلمين و ميولهم و مهاراتهم ومدى قدرتها على خلق جو للعملية التربوية.

5. **متابعة الوسيلة،** والمتابعة تتضمن ألوان النشاط التي يمكن أن يمارسها المتعلم بعد استخدام الوسيلة لإحداث مزيد من التفاعل بين المتعلمين (الدبس وعليان، 2003).

العوامل المؤثرة في اختيار الوسيلة التعليمية المناسبة

- **طريقة التدريس:** إن اتباع المعلم طريقة معينة في التدريس تفرض عليه اختيار نوع معين من الوسائل التعليمية.
- **نوع العمل المطلوب اداؤه:** اي مستوى الهدف الذي حدده المعلم في تخطيطه للدرس والمطلوب من المتعلم إنجازه.
- **خصائص المتعلمين:** الخصائص الجسمية (عاديون/ معوقون/ نوع الإعاقة ومداها) الخصائص المعرفية (هل الفئة أمية أم متعلمة)، الخصائص الوجدانية (اتجاهاتهم نحو الوسيلة إيجابية أم لا).
- **الإمكانيات المادية والفنية المتاحة:** الأبنية المدرسية، وقاعات العرض، وتوفر الوسائل والإمكانيات المالية للشراء، والفنية للإنتاج والتصنيع.
- **اتجاهات المعلم ومهاراته:** مدى رغبة المعلم في استخدام الوسائل التعليمية ومدى قدرته على التعامل معها وتفضيله لوسائل دون غيرها.

وعلى المدرس اختيار الوسيلة بشكل موضوعي بعيد عن الذاتية وهذا سيؤدي الى تخطيط سليم للدرس ونجاح محقق (Preston, 1993) (سلامة وآخرون، 1999).

تقويم الوسيلة التعليمية

حتى تكون عملية التقويم أكثر موضوعية، وبعيداً عن التقديرات الذاتية للمقوم يجب مراعاة الأســس التالية عند التقويم:

1. مدى مساهمتها في تشجيع التفكير الناقد.
2. مدى صحة الحقائق والمعلومات التي تعرضها الوسيلة.
3. مدى مطابقة الوسيلة للواقع.
4. مدى جدة المعلومات في الوسيلة.
5. مدى مساهمتها في توضيح الأفكار.
6. مدى مناسبتها من حيث المعلومات لمستويات التلاميذ.
7. مدى مناسبتها من حيث اللغة لمستوى لغة التلاميذ.
8. مدى جودة الوسيلة من الناحية الفنية:
   أ. وضوح القراءة.
   ب. وضوح الصورة أو الصوت أو اللون أو الإضاءة.
   ج. التناسق.
   د. التنظيم.
   هـ. المتانة.
9. مدى مناسبة التكاليف.
10. مدى قابليتها للتعديل والتطوير.
11. مدى مناسبتها للاستخدام في البيئة التعليمية.
12. مدى توفر عنصر الأمان (الحيلة، 2001) (النماس، 2000).

كل نوع من أنواع الإعاقة يحتاج إلى معاملة خاصة وتعامل خاص وبالتالي يتوجب علينا أن نستخدم وسائل تعليمية تناسب كل نوع من الإعاقة ونقسم الإعاقة إلى:

- إعاقة عقلية.
- إعاقة سمعية.
- إعاقة بصرية.
- إعاقة حركية.
- الاضطرابات الانفعالية و السلوكية.
- التوحد.

تعريف الوسائل التعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة

هي مجموعة المواد والأدوات التي لا تعتمد على استخدام الألفاظ وحدها وإنما تعتمد على استخدام الخبرات الحسية المباشرة وغير المباشرة، حتى يستخدم الطالب حواسه المختلفة من بصر وسمع ولمس وشم وتذوق.

وهي أجهزة وأدوات ومواد يستخدمها المعلم لتحسين عملية التعليم والتعلم وقد تعددت مسميات الوسائل التعليمية والتي منها: (وسائل الإيضاح، الوسائل البصرية، الوسائل السمعية، الوسائل المعينة، وأحدث تسمية لها تكنولوجيا التعليم" (مرزوق، 2010)

التكنولوجيا في مجال الإعاقة

إن استخدام التكنولوجيا في مجالات الحياة المختلفة يؤدي إلى تسهيل المهمات الحياتية اليومية للإنسان ومن ضمن ذلك فإن توظيف التكنولوجيا في حياة المعوق يؤدي إلى تسهيل أمور المعوقين وتلبية الكثير من احتياجاتهم بأقل جهد وأقل عناء، وفي كثير من الأحيان بأقل تكلفة.

وقد أدت التكنولوجيا إلى تقديم وتوفير الكثير من المهمات للمعوقين، وفي هذا المجال فإنه يمكن تلخيص أهم الآثار الإيجابية للتكنولوجيا مع المعوقين في حياتهم اليومية بالنقاط التالية:

1. تطوير مهارات تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة حياتهم العملية.
2. تحسين قدراتهم على الاتصال.
3. الارتقاء بقدراتهم على الحركة والانتقال.
4. زيادة فرص العمل المتاحة لهم بفضل تدريبهم ومساعدتهم في التكيف مع وظائفهم.
5. تطوير مهاراتهم للحفاظ على سلامة صحتهم العقلية، وتحسين التدابير الطبية المتعلقة بالسيطرة على الأمراض.

كما ويعتمد التشخيص والمداواة والعلاج الطبيعي والوظيفي أكثر على التقدم التكنولوجي الذي تم انجازه في المجالات التكنولوجية. كما ويتم العمل على تطوير تطبيقات جديدة في مجالات التعليم والتدريب وخدمات التأهيل والعمالة، وتساعد الابتكارات الخاصة بالحاسبات والأجهزة الإلكترونية على تحسين القدرة على إجراء الاتصالات، مما يساعدهم في تحقيق الاعتماد على النفس للمعوقين وفي تيسير دمجهم في مجريات الحياة اليومية في المجتمع المحيط بهم، بغض النظر عن طبيعة الإعاقة ودرجتها.

كما وتتمتع الحواسيب والتطبيقات الإلكترونية بميزات خاصة في مجال التأهيل المهني وتهيئة المعوق للعمل، كما وتسهل دمجه في المجال الإنتاجي، أما بالنسبة لفرص العمالة فإن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين إذ أنها تمكنهم من تحقيق حياة مستقلة ومنتجة، وبالتالي الحفاظ على كرامتهم الإنسانية، وبفضل التطورات المتقدمة التي أحرزتها التكنولوجيا الجديدة وخاصة في مجال الحاسب، تبدو التوقعات الخاصة بإيجاد فرص عمل للمعوقين مشجعة جداً. ولعل أهم ما تسعى إليه أهداف التكنولوجيا لفئات الإعاقة المختلفة هو الوصول بهم إلى أقصى درجة من التكيف مع البيئة الاجتماعية والاستقلالية والذاتية لتكفل لهم حياة جيدة أقرب ما تكون إلى الطبيعية.

معالجة المعلومات والتعلم التعاوني

برامج الكمبيوتر ذات التصميم الجيد تزود المتعلمين بالانتباه الفردي، والتغذية الراجعة المتواصلة، وهي تعتمد على مبادئ التعزيز الإيجابي.

والأكثر أهمية من ذلك أن الكمبيوتر هو الوسط التعليمي التفاعلي الوحيد ويسمح للمستخدم المعوق بالسيطرة الكاملة على عملية التعلم الفردية، ويساهم في تطوير الإحساس بالإنجاز الشخصي.

التخطيط للتدريس

إن الكمبيوتر أداة فعالة لتنظيم المعلومات المتعلقة بالبرامج التربوية الفردية للطلبة، فالمعلومات حول الطلبة من نقاط قوة وضعف يمكن تخزينها وتحديثها بسهولة عبر الكمبيوتر.

تحليل ارتباط هذه المعلومات يساعد في تحسين قدرة المعلم على اتخاذ القرار وتحسين البرنامج التدريسي.

التواصل

أهم استخدامات الكمبيوتر في توظيفه كنظام تواصل إلكتروني، فالطلبة يستطيعون استقبال المعلومات عبر الكمبيوتر باستخدام النموذج الحسي الأقوى لديهم ويستطيعون التحكم بسرعة تقديم المعلومة.

الأدوات الاصطناعية المساندة

غيرت الأدوات المساندة مجرى حياة المعوقين فقد أصبح بإمكان الصم إجراء مكالمة هاتفية مع سامع باستخدام هواتف خاصة. والكمبيوترات المجهزة ساعدت المكفوفين على الكتابة والقراءة بلغة عامة الناس.

الترويح والتسلية

قدمت ألعاب الكمبيوتر وسطاً ترويجياً شمل على تفاعل حقيقي ولم تكتف بحصره في دوره السلبي كما في الماضي.

البرنامج التربوي الفردي

يوصف بأنه ذلك البرنامج الذي يحدد موقع المتعلم حالياً وإلى أين سيصل؟ وكيف سيصل إلى هناك؟ وكم من الوقت سيستغرق للوصول؟ وكيف سنعرف أنه قد وصل فعلاً إلى الموقع المنشود؟

القياس والتقييم في التربية الخاصة

لا يقتصر دور معلم التربية الخاصة على التدريس فقط بل هو مطالب بأن يعمل مع معلم الصف العادي واختصاصي علم النفس المدرسي للقيام بملاحظات قبل إحالة الطلبة المشتبه بضعفهم إلى التربية الخاصة.كذلك مطالب باتخاذ قرارات بشأن الأهلية لخدمات التربية الخاصة و توثيق مستوى التقدم الذي يحرزه الطالب (Levitt ,1985). (مرزوق، 2010).

الهدف من استخدام الحاسب الآلي لذوي الاحتياجات الخاصة

- الحصول على المعارف والحقائق والمفاهيم العلمية في مجال الحاسب وتقنية المعلومات المرتبطة بحياة الفرد ذو الاحتياجات الخاصة وذلك من خلال تعريفه بمكوناته وبرمجياته المختلفة والتعرف على جوانب تقنية المعلومات والاتصالات المتعلقة بالحاسب ومستجداتها.
- تدريب ذوي الاحتياجات الخاصة وتنمية قدراتهم ومهاراتهم العلمية والاستفادة من الحاسب الآلي لزيادة الإنتاجية الفردية وكوسيلة تعليمية في التطبيقات المختلفة. ويتحقق ذلك على سبيل المثال عن طريق برمجيات معدة خصيصاً لهم إضافة إلى البرمجيات الشائعة مثل معالجة النصوص وبرامج الرسم وتصميم وإعداد الشرائح والعروض وإنشاء صفحات ومواقع بالإنترنت والتعامل مع البرمجيات التعليمية.
- تنمية قدرات ذوي الاحتياجات الخاصة خصوصاً الإبداعية ومساعدتهم على التفكير الاستقرائي والاستنباطي وتنمية قدراتهم العقلية.
- مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على اكتساب الميول الايجابية والهادفة نحو تقنية المعلومات بصفة عامة وإزالة الرهبة لديهم نحو الحاسب واستخداماته.

- استخدام الحاسب الآلي كوسيلة مساعدة في شرح الدروس المقررة ويتحقق ذلك عن طريق استعراض البرامج التعليمية المختلفة والتي لها صلة وثيقة بالمواد الدراسية المختلفة (مرزوق، 2010).

الوسائل التعليمية للطلبة المعوقين عقلياً

بما أن الحواس هي مفتاح المعرفة، ومنها تصل المؤثرات الحسية المختلفة إلى المخ الذي يترجم، و يفسر، ويحلل، أو يستنتج، أو يستوعب أو يعرف أو يفهم و بالتالي يتعلم، ولأن المخ عند المعوق عقلياً لا يستطيع ان يقوم بدوره لأنه مختلف القدرات الأساسية للاستيعاب، والفهم لتلف أو توقف بعض خلايا الدماغ، فيجب على المعلم مراعاة ذلك جيداً.

فوائد الوسائل التعليمية في تحسين عملية التعليم للطلبة المعوقين عقلياً

1. توفر خبرات حسية كأساس للتفكير السليم.
2. تزيد من اهتمام الطلاب وتدفعهم للتعلم الذاتي.
3. تقلل من معدل النسيان عند المتعلمين.
4. تساهم في توضيح المعاني بطريقة مشوقة.
5. توفر للمتعلمين خبرات يتعذر مشاهدتها في الواقع.

دور الوسائل التعليمية في تحسين عملية التعلم للطلبة المعوقين عقلياً

1. إثراء التعليم: تلعب الوسائل دوراً جوهرياً في إثراء التعليم من خلال إضافة أبعاد ومؤثرات خاصة وبرامج متميزة تساعد في توسيع خبرات المتعلم وتيسير بناء المفاهيم وتأصيل العلوم والمعارف في ذهن المتلقي.
2. استثارة اهتمام المتعلم وإشباع حاجاته للتعلم: يكتسب التلميذ من خلال الوسائل التعليمية المختلفة بعض الخبرات التي تثير اهتمامه وتحقق أهدافه. وكلما كانت الخبرات التعليمية التي يمر بها المتعلم أقرب إلى الواقعية أصبح لها معنىً ملموساً وثيق الصلة بالأهداف التي يسعى المتعلم إلى تحقيقها والرغبات التي يتوقع إشباعها.

3. تساعد على زيادة خبرة المتعلم؛ مما يجعله أكثر استعداداً للتعلم.

4. تساعد الوسائل التعليمية على اشتراك جميع حواس المتعلم، و يترتب على ذلك بقاء أثر التعليم في نفس المتعلم.

القواعد التي يجب مراعاتها عند استخدام الوسيلة مع الطلبة المعوقين عقلياً

- تحديد الهدف من استخدام الوسيلة.
- التمهيد لاستخدام الوسيلة.
- تناسب الوسيلة مع مستوى إدراك المتعلمين.
- تجربة الوسيلة قبل عرضها على المتعلمين.
- التأكد من رؤية جميع التلاميذ للوسيلة خلال عرضها.
- التأكد من تفاعل جميع المتعلمين مع الوسيلة.
- إتاحة الفرصة للمتعلمين للمشاركة في استخدام الوسيلة.
- عدم الإطالة في عرض الوسيلة تجنباً للملل.
- عدم الإيجاز المخل في عرض الوسيلة.
- عدم ازدحام الدرس بعدد كبير من الوسائل.
- عدم إبقاء الوسيلة أمام المتعلمين بعد الانتهاء من استخدامها تجنباً لانصرافهم عن متابعة ما تبقى من الشرح.
- الإجابة على أية استفسارات ضرورية للمتعلم حول الوسيلة (مرزوق، 2010).

محتويات وطرق عرض برامج الطلبة المعوقين عقليا

أ. محتويات برامج صغار السن:

1. الأناشيد.
2. الموسيقى.
3. المحادثة وسرد القصص.
4. الرسم.

5. الألعاب الرياضية.

6. الزيارات.

7. الألعاب الحرة.

8. الطبخ البسيط.

ب. محتويات برامج الأطفال الأكبر عمراً:

1. المحادثة.
2. العلوم الطبيعية.
3. الطبخ.
4. النشاط الرياضي.
5. الموسيقى والحركة.
6. الأعمال المنزلية.
7. الأعمال اليدوية.
8. مشاهدة التلفاز.
9. الاستماع للبرامج الإذاعية.
10. عرض الأفلام والشرائح.
11. السباحة.

الوسائل المقترحة للطلبة المعوقين عقلياً

(البالونات بأحجام مختلفة والأوراق، النماذج، الأشكال الهندسية، قطع الأثاث المصغرة، الرسومات، قطع الملابس، قطع النقود، الأقلام الملونة، الخضروات والفواكه).

ومن الوسائل الكمبيوتر والبرامج السمعية والبصرية.

1. تساهم تكنولوجيا التعليم مساهمة كبيرة في زيادة دافعية هذه الفئة إلى التعلم، وذلك عن طريق استخدام أساليب التعزيز المتنوعة والجذابة.
2. توفير العديد من الخبرات الملموسة والتي تساعد على التغلب على ضعفهم العقلي وقلة تركيزهم.
3. توفير العديد من الخبرات التي تساعد على اكتساب أفراد هذه الفئة أنماطاً سلوكية مطلوبة سواء أكان ذلك باستخدام الأسلوب الدرامي أو القصصي، أو عن طريق استخدام الفيديو أو التلفزيون أو برامج الوسائل المتعددة التفاعلية.
4. تساهم تكنولوجيا التعليم في اكتساب فئة المعوقين عقلياً بعض المهارات الحياتية عن طريق شرائط الفيديو أو الألعاب الأكاديمية أو برامج الوسائل المتعددة أو دروس التعليم المبرمج.

أهم تطبيقات تكنولوجيا التعليم في مجال الإعاقة العقلية

التعليم المبرمج

يرجع الفضل في ظهور التعليم المبرمج إلى العالم الأمريكي سكنر وما قدمه من أبحاث عن التعلم الإنساني وتوصله إلى أسلوب من أساليب تفريد المادة العلمية، وتقسيم مهام التعلم إلى خطوات منطقية بناءً على أهداف تم تحديدها بدقة.

ومن هنا فالتعليم المبرمج: يسعى إلى وضع الضوابط على عملية التعلم وذلك بالتحكم في تهيئة مجالات الخبرة التعليمية وتحديدها بعناية فائقة وترتيب تتابعها في مهارة بحيث يقوم الفرد عن طريقها بتعليم نفسه بنفسه، واكتشاف أخطائه وتصحيحها حتى يتم التعلم، ويصل المتعلم إلى المستوى المناسب من الأداء.

ويقدم التعليم في صورة مادة علمية مكتوبة أو صورة آلة تعليمية، ويقوم هذا النوع من تقديم المادة العلمية على مجموعة من الأسس من أهمها:

- التحديد الدقيق للأهداف والمهام التي سيقوم المتعلم بأدائها بعد مروره بالخبرة التعليمية المقدمة.

- الإيجابية والتفاعل بين المتعلم والمادة العلمية، فالتعلم قائم على استجابة المتعلم على المهام التي يطلب منه القيام بها أثناء السير في خبرة التعليم المبرمج.
- التعزيز الفوري لاستجابة المتعلم فالانتقال من خطوة إلى أخرى في التعلم لا تتم إلا باستجابة يطلب من المتعلم القيام بها، ثم يتلقى التصحيح الفوري بالصواب والخطأ وبالتالي يتوصل المتعلم إلى معرفة نتيجة الاستجابة التي قام بها في ذات الوقت، ومن ثم ينشط لتأكيد صحة الاستجابة أو تصحيحها.
- الاعتماد على معدل سرعة المتعلم في التعلم، وربما نؤكد في هذا المجال قيمة التعليم المبرمج في تعليم المعوقين عقلياً، حيث ينتقل المتعلم حسب قدراته وإمكانياته في التعلم، ويتطلب ذلك حرفية من كاتب المادة العلمية الذي يقع عليه تقديم المادة العلمية بأسلوب منطقي يسير من البسيط إلى المركب ومن السهل إلى الصعب ومن الملموس إلى المجرد. كما يتطلب إعداد المادة بأسلوب التعليم المبرمج إلى الاهتمام بتقديم العديد من الأنشطة أثناء السير في البرنامج.
- التقويم القبلي للمتعلم حتى يمكن الحكم على مدى فعالية المادة المقدمة لتحقيق الأهداف.
- الوضوح التام في تقديم توجيهات البرنامج حيث إن التعلم يتم بطريقة ذاتية أي في عدم وجود المعلم ومن هنا تظهر الحاجة إلى وجود تعليمات يسير عليها المتعلم أثناء دراسته للبرنامج وحسب خطوه الذاتي.

ومن الأمور التي يجب الإشارة إليها في هذا الصدد ضرورة الضبط النوعي والعلمي للمادة المبرمجة ويعني ذلك تجريب المادة العلمية قبل تعميمها؛ فالمادة التي تم إعدادها للدراسة الذاتية تتطلب التطبيق على عينات مختلفة وإجراء التعديلات المطلوبة حتى تتم الاستفادة من المادة المقدمة (مرزوق، 2010).

الحاسب التعليمي لذوي الاحتياجات الخاصة بشكلٍ عام وللمعوقين عقلياً بشكلٍ خاص

تمثل إحدى أهم مزايا استخدام الحاسوب في مجال التربية الخاصة في الطبيعة الفردية للتعليم عبر الحاسوب. وكما هو معروف، فالتعليم الفردي يشكّل أهم أساس

تقوم عليه التربية الخاصة. ولأن معلم التربية الخاصة يتوقع منه أن يلعب أدواراً مهنية متعددة فهو كثيراً ما لا يجد الوقت الكافي لتفريد التعلم، ولذلك فإن الأدوات التي توفر له إمكانية الدعم لتنفيذ التدريس الفردي تشكل مصدر دعم كبير، والحاسوب هو أحد أكثر تلك الأدوات فاعلية في تحقيق ذلك.

ومن الفوائد الأخرى المحتملة لاستخدام الحاسوب في التربية الخاصة أن لديه القابلية للتعامل مع الطالب. فالحاسوب يقدم مثيراً (سؤالاً أو فقرة أو معلومة)، ويقبل الاستجابة (الرد أو الإجابة)، ويقيّم تلك الاستجابة، ويقدّم التعزيز المناسب، ومن ثم ينتقل إلى المهارة التالية المناسبة بشكل منظم ومتسلسل. هذا التفاعل لا ينطوي على تهديد للطالب (لا يعاقبه أو يتبنى اتجاهات سلبية نحوه)، ولذلك فهو يشكّل وسيلة مفيدة ومشجعة للطلبة المعوقين الذين يصعب عليهم التواصل مع الغير أو الذين يثقل كواهلهم تاريخ طويل من الفشل والإخفاق.

كذلك فإن البرمجيات المصممة جيداً تقدم تعليماً يراعي مبادئ التعليم الفعّال، فالحاسوب يستثير الدافعية، ويستخدم وسائل بصرية وسمعية متعددة، ويقيّم استجابات الطالب بدقة نسبياً. وذلك يسمح بتقديم التغذية الراجعة الملائمة، ويشجع على الانتباه، والتذكر، ونقل أثر التعلم، وإتاحة فرص الممارسة الكافية واللازمة لإتقان المهارة.

ويرى كيرك وجالاجر واناستازيو أن استخدام الحاسوب في التربية الخاصة حظي باهتمام متزايد لأنه يقدّم الفوائد التالية للأطفال المعوقين:

- يتوفر عدد كاف من برامج الحاسوب لتعليم المهارات الأساسية في القراءة والحساب، وهذه المهارات تفتقر إليها نسبة كبيرة من الأطفال المعوقين.
- إن كثيراً من برامج وأنشطة الحاسوب تنفذ على شكل ألعاب، وذلك نموذج فعّال لتعليم المهارات الحركية البصرية ومهارات أكاديمية.
- إن الحاسوب يجعل حفظ السجلات أكثر سهولة، فهو يسمح للمدارس بجمع المعلومات وتنظيمها وتحديثها.

- إن تعليم الحاسوب يطوّر لدى الأطفال المعوقين إحساساً بالاستقلالية والسيطرة، وذلك فهو يختلف عن الخبرات اليومية لمعظم الأطفال المعوقين الذين يغلب عليهم الشعور بالعجز.
- إن الحاسوب يوفّر فرصاً كافية" للتشعب في تقديم المعلومات، فهو يقدم للطفل الذي يتعلم ببطء مزيداً من الفقرات والممارسة الإضافية إلى أن يتقن المهارات المطلوبة.

يرى جولد نبرغ أن الكمبيوتر يستطيع إغناء خبرات الأطفال المعوقين، فقد كتب: يستطيع الأطفال استخدام الكمبيوتر لرسم الصور، وحل الألغاز، وكتابة القصص، ولعب الألعاب. ويلاحظ دائماً أن هؤلاء الأطفال يتعاملون مع الكمبيوتر بحماسة شديدة، ومعظم الأطفال العاديين يتقنون استخدام الكمبيوتر وبسرعة ويظهرون قدرة تفوق تلك التي يظهرونها أو حتى المتوقعة منهم في عملهم المدرسي النظامي.

بالنسبة للطفل ذي الحاجات الخاصة، فإن تفاعله مع العالم أكثر محدودية من تفاعل الطفل الطبيعي، فهو محدود أولاً (بشكل طبيعي) بسبب الإعاقة، ومحدود ثانياً (بشكل اصطناعي) بسبب إساءة فهمنا للإعاقة. ولذلك يصبح إتقان الطفل لتكنولوجيا فعالة حدثاً مثيراً جداً في حياته (Smith & Smith,1989)

فوائد التعليم الالكتروني المدعم بالكمبيوتر للطلبة المعوقين عقلياً

- التواصل الاجتماعي للمتدرب المعوق عن طريق الكمبيوتر.
- الكم الهائل من المعلومات المقدمة للمعوق.
- الكمبيوتر الذي يتمتع بطريقة جذابة وسريعة ومتحركة قادر على جذب انتباه الطفل المعوق.
- الكمبيوتر مهنة راقية تلائم المعوقين. ويضمن للمعوق التعليم المستمر طوال الحياة.
- إنه أكثر ترتيباً وتنظيماً مما يساهم في استرجاع المعلومة عند الطفل كما يساعد في زيادة ثقة الطفل بنفسه وتكوين صورة ايجابية عن ذاته (مرزوق، 2010).

مراجع الفصل السابع

المراجع العربية

- الحيلة، محمد محمود. (2001)، **طرائق التدريس واستراتيجياته**، الإمارات: دار الكتاب الجامعي.
- الدبس، محمد عبيد وعليان، ربحي مصطفى. (2003)، **وسائل الاتصال وتكنولوجيا التعليم**، الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- سلامة، عبد الحافظ، المعايطة، خليل، البواليز، محمد والقمش مصطفى، (1999)، **تصميم وإنتاج الوسائل التعليمية في التربية الخاصة**، الأردن: دار الفكر.
- عبد، ماجدة. (2001)، **مناهج وأساليب تدريس ذوي الاحتياجات الخاصة**: الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- مرزوق، سماح عبد الفتاح، (2010)، **تكنولوجيا التعليم لذوي الاحتياجات الخاصة**، الطبعة الأولى، الأردن، دار المسيرة.
- الشماس، أحمد. (2000)، **الألعاب واللعب للأطفال المصابين بالشلل الدماغي**، الأردن، دار النهضة العربية.

المراجع الأجنبية

Baron, Jaon Boykoff, (2003) **Performance - Based Student Assessment: Challenges and Possibilities.** The University of Chicago Press.

Levitt, H., (1985). **Technology and the education of the hearing impairment.** London: Tayor & Francis Ltd.

Preston, Lowrance W., (2004) **Computers in a Changing Society.** Prentice hall, New Jersey.

Smith, G. & Smith, D. (1989). **Teaching Exceptional Children.** New York: McGraw-Hill Company.

الإعاقة العقلية

النظرية والممارسة

(Mental Retardation)



دار المسيرة
للنشر والتوزيع والطباعة
www.massira.jo